

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ À  
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE DU  
DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)  
INTERVENTION EN ENFANCE ET ADOLESCENCE

PAR  
ÉLISABETH MATHIEU

ADAPTATION À LA MATERNITÉ, RÊVES ET MENTALISATION :  
UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE

JUILLET 2021

## UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

**Ce mémoire doctoral a été dirigé par :**

---

Julie Achim, directrice de recherche, Ph.D.	Université de Sherbrooke
---	--------------------------

---

Valérie Simard, directrice de recherche, Ph.D.	Université de Sherbrooke
---	--------------------------

**Jury d'évaluation du mémoire doctoral :**

---

Claud Bisaillon, Ph.D.	Université de Sherbrooke
------------------------	--------------------------

---

Mathieu Pilon, Ph.D.	Université de Sherbrooke
----------------------	--------------------------

## Sommaire

La transition à la maternité représente un processus complexe et multifactoriel, comprenant une réorganisation psychique importante, tant au niveau identitaire que relationnel. Des cliniciens ont soulevé que l'activité onirique serait plus foisonnante chez les femmes enceintes et des études ont permis d'observer que les rêves des futures mères présentent un contenu particulier. De surcroît, une présence accrue d'un contenu onirique à valence négative pendant la grossesse serait associée à une meilleure adaptation à la maternité. Ce lien pourrait être médié par la capacité de mentalisation (CM) des mères, aussi appelée fonction réflexive (FR), laquelle pourrait intervenir comme processus jouant une fonction régulatrice permettant ultimement une meilleure adaptation post-partum. Ainsi, le présent mémoire doctoral vise dans un premier temps le développement d'une échelle de cotation de la FR adaptée aux productions oniriques (ÉFRAPO). Pour ce faire, des données d'un échantillon de mères ( $n = 16$ ) issues d'un projet plus vaste sur la relation parent-enfant ont permis de développer et de valider l'ÉFRAPO par l'établissement de la validité convergente à l'aide de l'échelle de FR appliquée sur l'*Adult Attachment Interview* (AAI). Puis, cette échelle a été appliquée sur un échantillon de femmes enceintes ( $n = 20$ ), sélectionné aléatoirement parmi 57 nullipares au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse ayant participé à une étude sur les rêves et la grossesse. Les liens entre la FR onirique des femmes enceintes, leur niveau d'adaptation à la maternité tel que mesuré au questionnaire *What Being the Parent of a New Baby is Like-Revised* (WPL-R) ainsi que les symptômes d'épisode dépressif caractérisé avec début péripartum (DPP), basés sur les scores obtenus à l'*Inventaire de Dépression Postnatale d'Édimbourg* (IDPE) en période pré- et

postnatale, ont ensuite été étudiés. Les résultats de l'étude révèlent que l'ÉFRAPO présente une excellente fidélité inter juges ainsi qu'une bonne validité convergente ( $r = 0,53$ ,  $p = 0,034$ ) avec l'échelle de FR appliquée à l'AAI élaborée par Fonagy et ses collègues (1998) et ce, chez des mères d'un échantillon non-clinique. Les indices de fidélité inter juges sont également excellents dans l'échantillon de femmes enceintes. Les analyses corrélationnelles effectuées n'ont révélé aucune association significative entre la FR onirique au troisième trimestre de grossesse, l'adaptation à la maternité et la symptomatologie dépressive en période prénatale et postnatale. Toutefois, il appert que la variabilité des scores globaux de FR d'un rêve à l'autre chez une même femme est liée aux symptômes de dépression en période prénatale ( $r = 0,48$ ,  $p < 0,05$ ). Ces résultats suggèrent qu'il serait important de poursuivre les études de validation de l'ÉFRAPO, laquelle a été appliquée uniquement à de petits échantillons de femmes enceintes et de mères dans le cadre de cette étude.

*Mots-clés* : Maternité, adaptation psychologique à la maternité, dépression post-partum, rêves, mentalisation, fonction réflexive.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	ix
Liste des abréviations et des acronymes .....	x
Remerciements.....	xi
Introduction.....	1
Contexte théorique .....	5
Transition et adaptation à la maternité .....	6
Perspective psychologique.....	6
Perspective relationnelle .....	8
Perspective physiologique .....	8
Opérationnalisation de l'adaptation à la maternité.....	10
Épisode dépressif caractérisé avec début lors du péripartum.....	11
Facteurs de risque et prévalence .....	11
Dépistage de la DPP .....	13
Impacts de la DPP.....	14
Rêves et maternité .....	16
Caractéristiques des rêves ayant lieu pendant la grossesse.....	18
Rêves et adaptation post-partum.....	19
Mentalisation et adaptation à la maternité.....	20
Définition de la mentalisation.....	20

Développement normal de la capacité de mentalisation.....	22
Les modes pré-mentalisans.....	23
Lorsque la capacité de mentalisation fait défaut.....	24
Mentalisation péripartum.....	26
La mentalisation et les rêves .....	29
Caractéristiques communes des rêves et de la capacité de mentalisation.....	30
Objectifs de l'étude .....	33
Méthode.....	34
Déroulement .....	35
Procédure et description des échantillons .....	35
Objectif 1 : Développement et validation d'une grille de cotation de la FR à l'aide de verbatims de rêves .....	35
Objectif 2 : Exploration des liens entre la FR des femmes enceintes, leur niveau d'adaptation à la maternité et la présence de symptômes de DPP .....	39
Instruments de mesure.....	41
Instrument se rapportant aux deux objectifs de l'étude .....	41
Instruments de collecte auprès de l'échantillon de développement et de validation de l'ÉFRAPO (objectif 1) .....	47
Instruments de collecte auprès de l'échantillon de femmes enceintes (objectif 2).....	50
Considérations éthiques.....	52
Analyses statistiques .....	53
Résultats .....	55
Premier objectif : Validation de l' Échelle de fonction réflexive adaptée aux productions oniriques (ÉFRAPO) .....	56

Fidélité inter juges et statistiques descriptives de l'échantillon.....	56
Validité convergente .....	57
Deuxième objectif : Exploration des liens entre la FR des femmes enceintes, leur niveau d'adaptation à la maternité et des symptômes de DPP .....	58
Accord inter juges et statistiques descriptives de l'échantillon .....	58
Liens entre la FR onirique, l'adaptation à la maternité ainsi que la dépression prénatale et postnatale.....	59
Analyse supplémentaire exploratoire : comparaison de la FR onirique entre les mères (échantillon 1) et les femmes enceintes (échantillon 2).....	62
Analyse supplémentaire exploratoire : variabilité des scores globaux de FR d'un rêve à l'autre .....	62
Discussion .....	64
Fidélité et validité de l'Échelle de fonction réflexive adaptée aux productions oniriques (ÉFRAPO) .....	65
Particularités liées aux dimensions complémentaires de l'ÉFRAPO .....	67
Exploration des liens entre la FR des femmes enceintes, leur niveau d'adaptation à la maternité et les symptômes de DPP.....	70
Variabilité des scores globaux de FR du rêve et DPP .....	74
Forces et limites de l'étude.....	76
Forces de l'étude .....	76
Limites de l'étude .....	78
Pistes de recherches futures.....	79
Conclusion .....	81
Références .....	85
Appendice A Échelle de fonction réflexive adaptée aux productions oniriques .....	101

Appendice B Questionnaire sociodémographique pour l'échantillon de développement et de validation de l'ÉFRAPO .....	116
Appendice C Questionnaire sociodémographique pour l'échantillon de femmes enceintes .....	120
Appendice D Journal de rêves prospectif .....	127



## Liste des tableaux

### Tableau

- 1 Statistiques descriptives de l'échantillon pour chaque dimension de l'ÉFRAPO et accords inter juges obtenus avec des coefficients intra-classes mixtes à deux facteurs ..... 57
- 2 Statistiques descriptives de l'échantillon et accord inter juges obtenus avec des coefficients intra-classes mixtes à deux facteurs ..... 58
- 3 Statistiques descriptives des résultats obtenus aux questionnaires WPL-R et IDPE pour l'échantillon de femmes enceintes ( $n = 20$ ) ..... 59
- 4 Analyses corrélationnelles pour l'échantillon de femmes enceintes ( $n = 20$ )..... 61
- 5 Coefficients de corrélation de Spearman entre la variabilité du score de FR onirique et les résultats aux questionnaires WPL-R et IDPE concernant la période périnatale ( $n = 20$ ) ..... 63

## **Liste des abréviations et des acronymes**

AAI: Adult Attachment Interview

BDI: Beck Depression Inventory

CAI: Child Attachment Interview

CES-D: Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale

CM: Capacité de mentalisation

DPP : Épisode dépressif caractérisé avec début lors du péripartum

DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – 5<sup>ème</sup> édition

ÉFRAPO: Échelle de fonction réflexive adaptée aux productions oniriques

FR : Fonction réflexive

IDPE : Inventaire de dépression postnatale d'Édimbourg

PHQ 9 : Patient Health Questionnaire 9

TPL : Trouble de la personnalité limite

TSA : Trouble du spectre de l'autisme

WPL-R: What Being a Parent of a New Baby is Like – Revised

## **Remerciements**

Tout d’abord, je souhaite exprimer ma reconnaissance à mes directrices de recherche, Valérie Simard et Julie Achim. Merci pour votre disponibilité, votre rigueur et pour le partage de vos connaissances et expertises respectives tout au long de mon parcours. Merci également de votre confiance à mon égard en me donnant la latitude nécessaire au déploiement de ma créativité, tout en étant toujours présentes lorsqu’un besoin se faisait ressentir.

Merci à Jessica Lara-Carrasco pour l’accès aux données recueillies dans le cadre de sa thèse, sans lesquelles le présent mémoire doctoral n’aurait pu voir le jour. Merci Jessica pour tes conseils judicieux, ton soutien et pour les fois où tu as dû ouvrir ton « ordinosau » pour pouvoir répondre à mes questions! Un remerciement tout spécial à Marie-Michèle Bédard pour son apport si important dans le processus d’accords inter juges. Non seulement tu as fait un travail rigoureux et de qualité, tu as soulevé des réflexions qui ont eu un réel impact sur l’élaboration de mon outil, le tout dans une ambiance tellement agréable. Merci également à Valérie Chevalier pour le partage de ses données qui ont permis la validation de l’ÉFRAPO. Merci à Maxime Labonté pour sa disponibilité en lien avec mes questions statistiques.

Merci aux professeurs de l’Université de Sherbrooke campus de Longueuil ainsi qu’à mes superviseur.e.s de stages, d’internats et de milieux de travail. Vous m’avez accompagnée dans le travail parfois difficile permettant la naissance d’une thérapeute et

transmis votre savoir avec générosité et passion. À Louis Gagné, Hélène Pringle, Noémi Gagnon-Oosterwaal, Josée Lajoie, Gabrielle Sabourin : je me considère chanceuse de pouvoir compter sur votre présence dans ma vie encore à ce jour.

Cela fait déjà près de 11 ans que j'ai débuté mes études en psychologie. Merci à Aryanne, mon inséparable du baccalauréat et amie si précieuse qui a cru dès le début en ma capacité à accéder au doctorat et qui m'a poussée à de nombreux moments à faire l'une des choses que je déteste le plus pour atteindre mon objectif: apprendre par cœur!

Le doctorat m'aura permis de rencontrer des êtres exceptionnels, des amies pour la vie. Noémie et Amélia, vous avez été des piliers tout au long de mon parcours. Merci pour les folies et les rires parfois incontrôlables qui ont certainement contribué à préserver ma santé mentale dans les moments plus difficiles. Nous serons pour toujours « les trois mousquetaires ». Merci également à Sara (triolette de stage incroyable), Maude et Caroline, collègues de doctorat merveilleuses avec lesquelles j'ai tissé de si belles amitiés.

Merci à ma mère, pour son amour inconditionnel. Tu es la définition de courage, de bienveillance et de dévouement. Merci d'avoir valorisé les études tout au long de ma vie, de m'avoir permis de croire dès mon plus jeune âge que je pourrais faire n'importe quelle profession que j'aurais choisie. Merci finalement pour les innombrables marches que tu es allée prendre avec Elliott, Covid-19 oblige, afin de me permettre de travailler une heure ou deux par-ci par-là sur ma thèse; cela a fait une énorme différence.

Merci à mes tantes et oncles, cousins et cousine pour leur soutien indéfectible. À ma grand-maman Dolores, partie malheureusement juste un peu trop tôt pour voir l'aboutissement de toutes les années d'études de sa « pitchounette », merci pour tout l'amour que tu m'as donné. Merci à mes ami.e.s de m'avoir permis de me changer les idées et de leur compréhension quand je ne pouvais les voir parce que j'étudiais ou que je devais faire ma thèse.

Merci à mon conjoint, Vincent. Te rencontrer est la chose la plus inattendue qui me soit arrivée durant ce parcours doctoral. Tu es rapidement devenu mon grand amour, mon meilleur ami, mon allié. Merci de croire en moi lorsque je doute (et on sait que ça arrive souvent!) et de me pousser toujours plus loin dans mes réflexions cliniques et de recherche. Merci d'avoir été présent et tellement soutenant, plus particulièrement durant cette dernière année de rédaction qui a été marquée par des défis et des épreuves de toutes sortes : avoir un jeune enfant à temps plein à la maison (et un sommeil pour le moins entrecoupé...), un retour au travail progressif, des deuils d'êtres chers, et ce, durant une pandémie mondiale. Je suis fière de nous! Je t'aime.

Finalement, un merci tout spécial à mon fils, Elliott. Tu m'as permis la remise en perspective de mes priorités et tous les livres, tous les cours du monde n'auraient pu m'apprendre autant sur la vie et sur moi-même qu'en étant en ta présence. Être ta maman est mon plus grand bonheur et privilège. J'ajouterais que je te remercie également pour les fois où tu as fait des siestes de plus de 30 minutes qui m'ont permis d'avancer ma rédaction! Je t'aime mon chouchouni.

## **Introduction**

Alors que le fait de devenir mère est un événement si commun qu'il peut sembler somme toute banal, il n'en demeure pas moins que, lorsque l'on s'intéresse plus particulièrement au vécu de la femme, on constate que cette période implique un travail psychique important de par tous les remaniements qu'elle suscite au niveau identitaire et relationnel (Ammaniti & Trentini, 2009; Stern, 1991). Ces observations ont amené des cliniciens et chercheurs à s'intéresser aux mécanismes psychologiques plus spécifiques jouant un rôle dans la transition à la maternité (Ammaniti et al., 1992; Bydlowski, 1997; Pines, 1972; Slade, Cohen, Sadler, & Miller, 2009; Winnicott, 1956). Compte tenu des nombreuses adaptations et changements qu'elles comportent, la grossesse et la période post-partum peuvent toutefois fragiliser l'état émotionnel de certaines femmes, lesquelles peuvent conséquemment vivre la transition à la maternité avec difficulté et souffrance (O'Hara, Zekoski, Philipps, & Wright, 1990). Cette problématique ne serait pas à négliger, puisque les résultats d'une méta-analyse montrent une prévalence de 17 % quant à la présence d'un épisode dépressif caractérisé avec début péripartum chez les nouvelles mères (Shorey et al., 2018).

Concernant les rêves pendant la gestation, des études ont montré qu'il était possible de distinguer les caractéristiques des rêves ayant lieu au troisième trimestre de grossesse chez les femmes s'adaptant mieux à leur nouveau rôle de mère et chez celles vivant plus de

stress en post-partum (Lara-Carrasco, 2013) ainsi que chez celles qui ont développé une DPP (Kron & Brosh, 2003). Les résultats de ces recherches montrent que les mères s'étant mieux adaptées en période postnatale sont celles qui ont rapporté plus de rêves à teneur masochiste (p. ex., craintes, appréhensions et menaces en lien avec leur intégrité telles qu'être attaquée, punie ou blessée et menace à leur estime personnelle) et angoissants (Lara-Carrasco, 2013; Kron & Brosh, 2003).

Cette association entre une présence accrue d'un contenu onirique à valence négative pendant la grossesse et une meilleure adaptation à la maternité peut paraître contre-intuitive à première vue. Toutefois, le présent mémoire doctoral propose une piste d'explication à ce résultat, à savoir que la capacité de mentalisation (CM), opérationnalisée en recherche sous le terme de fonction réflexive (FR), pourrait intervenir comme processus régulateur des productions oniriques, permettant ultimement une meilleure adaptation post-partum.

Élaborée au cours des années 1990, la mentalisation réfère à la façon dont l'individu cherche à donner un sens à son monde interne, mais également au monde qui l'entoure, ce qui permet ultimement de mieux comprendre et prédire son comportement et celui d'autrui (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). Mentaliser représente également un processus subjectif et dynamique (Bateman & Fonagy, 2013) et qui est à la fois cognitif et affectif (Jurist, 2005; Slade, 2005). Plus particulièrement en lien avec l'adaptation à la maternité, une FR maternelle prénatale bien développée permettrait à la femme de penser



en termes d'états mentaux à propos d'elle-même en tant que mère, de son futur enfant et de la relation qu'elle développera avec lui; elle pourra notamment utiliser cette compréhension afin d'adapter ses réponses envers son bébé (Slade, Sadler, & Mayes, 2005).

Actuellement, différents outils existent afin d'évaluer la FR à partir d'entrevues, tels que le *Addendum to Reflective Functioning Scoring Manual* (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998) *for use with the Parent Development Interview* (PDI; Aber, Slade, Berger, Bresgi, & Kaplan, 1985; PDI-R; Slade, Aber, Bresgi, Berger, & Kaplan, 2004). Toutefois, aucune échelle n'a pour l'instant été élaborée en lien avec l'identification de la FR à partir de récits oniriques. Il est possible de penser que, par leur nature et leur fonction, les rêves pourraient représenter une voie d'accès à la mentalisation et en permettre l'évaluation, notamment auprès de populations spécifiques, telles que les femmes enceintes. C'est précisément ce que vise la présente étude.

Une recension des écrits consacrée à la transition et l'adaptation à la maternité, l'épisode dépressif caractérisé avec début péripartum (DPP), les rêves, les caractéristiques des rêves pendant la grossesse et la mentalisation est présentée dans les pages suivantes. Ce contexte théorique permet de mettre en exergue les objectifs de cette étude puis d'en expliciter la méthodologie. Le présent mémoire doctoral se termine par une présentation des résultats et une discussion de leurs implications cliniques, des forces et limites de cette recherche ainsi que les pistes de recherches futures.

## **Contexte théorique**

## **Transition et adaptation à la maternité**

### **Perspective psychologique**

Si certaines périodes de la vie comportent de nombreux remaniements psychiques, la grossesse en fait certainement partie. La transition à la maternité représente une crise maturative développementale, considérée par de nombreux cliniciens et chercheurs comme une étape durant laquelle s'effectuerait une importante réorganisation psychique, tant au niveau identitaire que relationnel (Ammaniti & Trentini, 2009; Stern, 1991). Pines (1972) insiste sur l'importance de la période gestationnelle qu'elle considère tel un moment de crise développementale activant des sentiments ambivalents et des projections sur le fœtus. À cet effet, une étude a montré que les qualités que la femme enceinte attribue au bébé sont plus positives que celles qu'elle s'accorde à elle-même, mais qu'elles s'apparentent aux qualités qu'elle alloue à son conjoint (Ammaniti et al., 1992). Cela permettrait potentiellement d'éviter les risques de fusion découlant d'une projection massive de ses propres particularités sur l'enfant (Ammaniti et al., 1992). Bydlowski (1997) a, pour sa part, introduit la notion de transparence psychique comme phénomène important marquant la transition à la maternité. Ce concept représente un état caractérisé par un abaissement des résistances habituelles quant à ce qui a été refoulé, permettant à la femme enceinte de revisiter et travailler son histoire personnelle, dont ses conflits infantiles (Bydlowski, 1997). Cet état d'hypersensibilité apparaîtrait dès le début de la

gestation et faciliterait, autour de la naissance, l'étayage de ce que Winnicott (1956) appelle la *préoccupation maternelle primaire*, une forme de sensibilité unique qui aiderait la mère à décoder et interpréter les signaux de son bébé avec une extrême efficacité. Ainsi, elle serait en mesure de ressentir les besoins de ce dernier comme s'ils étaient les siens, sans pour autant perdre son individualité (Ferry, 2008). Cela demanderait toutefois une capacité à s'abandonner, à entrer dans un repli, une dissociation, voire un état schizoïde transitoire dont elle se sortirait de façon naturelle (Winnicott, 1956). Bydlowski et Golse (2001) avancent que le nouveau-né serait ainsi un objet « externe-encore-internalisé » dans cette période d'identification régressive de la nouvelle mère à ce dernier. Puis, peu à peu, elle émergerait de cette condition psychique par un mouvement de désinvestissement de l'« objet interne », représentant de façon métaphorique les soins maternels d'autrefois (bébé que la mère a elle-même été ou qu'elle croit avoir été) au profit de l'« objet externe » (son bébé; Bydlowski & Golse, 2001). D'ailleurs, les fantaisies concernant l'enfant à naître pourraient prendre leurs origines dans les toutes premières expériences de la femme avec ses propres figures parentales (Ammaniti & Trentini, 2009; Bydlowski, 2010; Slade et al., 2009).

En somme, tel que le souligne Pines (1972), il appert que la première grossesse implique des adaptations majeures au niveau des enjeux concernant la séparation-individuation, que Ferry (2008) résume comme suit : « *Accoucher, c'est donc se séparer. Mais accepter de vivre une perte, c'est se donner la possibilité d'une rencontre* ».

### **Perspective relationnelle**

Alors que la transition à la maternité amène son lot de remaniements au niveau psychique chez la femme, il s'avère que la grossesse et la parentalité transforment également les liens avec le réseau social : certaines mères se sentent isolées à la maison avec leur bébé, certains parents perdent contact avec leurs amis sans enfant et se rapprochent de ceux qui en ont ou des membres de leur propre famille (Hamelin-Brabant et al., 2015). Toutefois, une recension des écrits d'Hamelin-Brabant et ses collègues (2015) met en exergue le fait que le réseau social des nouveaux parents est trop souvent limité ou même absent, alors qu'il a été montré que, chez les mères en devenir, la perception d'être soutenue socialement s'avère cruciale pour la santé mentale maternelle en période postnatale, notamment en ce qui concerne la DPP (Hamelin-Brabant et al., 2015).

### **Perspective physiologique**

Il apparaît également important de souligner les changements physiologiques que vivent les femmes pendant les périodes anténatales et post-partum, lesquels influencent leur capacité d'adaptation. En effet, s'ajoute à l'état de déséquilibre et de réorganisation au niveau psychologique, relationnel et émotionnel, des changements au niveau cérébral, corporel et hormonal. Bien que peu de recherches se soient penchées sur ce sujet chez les humains, une étude a montré que la grossesse induit des changements durables dans la structure et la fonction corticale de la mère, lesquels seraient si marqués et constants qu'ils permettraient de distinguer les femmes ayant eu un enfant de celles sans enfant d'un groupe

de contrôle à l'aide d'un algorithme informatique (Hoekzema et al., 2017). Plus spécifiquement, cette étude a montré une diminution du volume de la matière grise dans les régions favorisant essentiellement la cognition sociale et la théorie de l'esprit, ce qui pourrait témoigner d'une maturation corticale ou d'une spécialisation du réseau neuronal lié aux processus sociaux (Hoekzema et al., 2017). Finalement, cette étude met en évidence que les changements cérébraux engendrés par la grossesse faciliteraient l'habileté de la mère à reconnaître les besoins de son bébé, à décoder les stimuli sociaux signalant un possible danger ou encore à promouvoir la formation d'un lien affectif avec son enfant (Hoekzema et al., 2017). S'ajoutent aux changements cérébraux des modifications endocriniennes importantes pendant et après la grossesse. En effet, l'état gestationnel et l'accouchement font fluctuer les taux d'hormones de manière importante chez la mère et ce, sur une courte période de temps (Hendrick, Altshuler, & Suri, 1998).

Finalement, la grossesse représente également une période de vulnérabilité pour l'image corporelle des femmes. En effet, les importants et rapides changements physiques peuvent affecter l'image corporelle de la mère en devenir (Fuller-Tyszkiewicz, Skouteris, Watson, & Hill, 2013; Hicks & Brown, 2016), certaines étant davantage satisfaites de leur apparence pendant la grossesse (Loth, Bauer, Wall, Berge, & Neumark-Sztainer, 2011), alors que les sentiments négatifs vis-à-vis de leur corps peuvent être exacerbés chez d'autres (Duncombe, Wertheim, Skouteris, Paxton, & Kelly, 2008). Les femmes enceintes étant insatisfaites de leur corps seraient en outre plus à risque de souffrir de dépression périnatale (Duncombe et al., 2008) et postnatale (Sweeney & Fingerhut, 2013).

### **Opérationnalisation de l'adaptation à la maternité**

Il appert donc que cette période de grands changements qu'est la transition à la maternité nécessite une capacité adaptative importante chez la mère, tant au niveau psychique, relationnel, émotionnel et physiologique. Bien que les chercheurs s'entendent pour dire que le processus d'adaptation psychologique à la maternité est complexe et multifactoriel (Beaudoin & Jourdan-Ionescu, 2015; Fahey, 2013; Levy-Shiff, Dimitrovsky, Shulman, & Har-Even, 1998), aucune définition opérationnelle de ce concept n'a été trouvée. Selon certains, l'ajustement maternel se définit par l'absence d'épuisement, par la présence de comportements d'affiliation et de soins ainsi que par un fort sentiment d'auto-efficacité parentale (Levy-Shiff et al., 1998). Pridham et Chang (1989) ont quant à eux identifié certaines composantes permettant de mesurer l'évaluation subjective de l'adaptation à la maternité de femmes nouvellement mères de leur premier bébé et ont développé le questionnaire *What Being a Parent of a New Baby is Like – Revised (WPL-R)*, un outil sondant une multitude de facettes de la parentalité. Dans ce questionnaire, l'évaluation personnelle de l'expérience de la maternité est établie sur trois échelles : la satisfaction, le changement et la centralité. En somme, bien qu'il ne se dégage pas de définition opérationnelle universellement acceptée de l'adaptation psychologique à la maternité, dans le cadre de cette étude elle sera conceptualisée comme étant l'évaluation subjective positive d'une mère face à son rôle de parent, à son enfant, aux changements associés à la maternité et à son bien-être psychologique durant la période post-partum.

Compte tenu des nombreux changements qu'elles comportent et de l'adaptation qu'impliquent ces changements, la grossesse et la période post-partum peuvent fragiliser l'équilibre psychologique de certaines femmes, lesquelles peuvent conséquemment vivre la transition à la maternité avec difficulté et souffrance (O'Hara et al., 1990).

### **Épisode dépressif caractérisé avec début lors du péripartum**

L'« épisode dépressif caractérisé avec début lors du péripartum » (DPP), tel que décrit dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition* (DSM-5), est défini par la présence des symptômes de dépression majeure, avec la particularité qu'ils doivent apparaître pendant la grossesse ou au cours des quatre semaines suivant la naissance de l'enfant (American Psychiatric Association; APA, 2013). Cette nouvelle description se distingue de celle proposée dans la quatrième édition révisée du DSM (DSM-IV-TR; APA, 2000) qui n'incluait pas la période de la grossesse dans la définition du trouble, se limitant exclusivement au post-partum.

### **Facteurs de risque et prévalence**

Bien que l'étiologie spécifique de la DPP demeure inconnue, certaines études ont relevé des facteurs de risque, tels que les stressors psychosociaux (Beck, 2001; O'Hara & Swain, 1996), l'isolement social (Beck, 2001; Shorey et al., 2018), les mécanismes neurobiologiques (Brummelte & Galea, 2016), la dépression et l'anxiété prénatales (Beck, 2001), la présence d'un « baby blues » (Henshaw, Foreman, & Cox, 2004; Takahashi & Tamakoshi, 2014), une grossesse à l'adolescence (Slade et al., 2009; Segre, O'Hara,



Arndt, & Stuart, 2007), un tempérament difficile chez le bébé (Beck, 2001), les antécédents d'agressions sexuelles subies à l'enfance (Rainelli, Orliaguet, & Villars, 2012), les violences institutionnelles, obstétricales et gynécologiques pendant la grossesse et à l'accouchement (p. ex., omission du consentement libre et éclairé, difficulté d'accès ou mauvaise qualité des soins; Junqueira de Souza, Rattner, & Bauermann Gutter, 2017), un faible sentiment d'efficacité personnelle (Shorey et al., 2018), une faible estime de soi (Beck, 2001) ainsi qu'un débalancement au niveau du fonctionnement de la glande thyroïde (Pop et al., 1991).

En ce qui concerne la prévalence du trouble, un épisode dépressif émergerait en péripartum chez 3 à 20 % des femmes (APA, 2013; Marcus, 2009; Miller et al., 2012). Une méta-analyse s'étant penchée sur les résultats de 58 études suggère en outre que la prévalence de ce trouble serait de 17 % (Shorey et al., 2018). Plusieurs raisons pourraient expliquer la variabilité des résultats concernant la DPP : les femmes ne se présenteraient pas spontanément aux services et ressources pouvant leur offrir du soutien, elles pourraient ressentir de la honte à l'égard de leur condition en raison du stigma social entourant la dépression et elles pourraient vivre de l'isolement lorsqu'elles sont aux prises avec des difficultés de maternage (Kantrowitz-Gordon, 2013).

## Dépistage de la DPP

Aux États-Unis, malgré les recommandations de l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (2010), il n'y aurait pas de dépistage universel systématique de la dépression chez les femmes en périodes anténatale et post-partum (Kantrowitz-Gordon, 2013). Ainsi, environ la moitié des DPP ne seraient pas identifiées (Appleby, Fox, Shaw, & Kumar, 1988; Chabrol, Teissèdre, Saint-Jean, Teisseyre, & Rogé, 2003). Toutefois, certains outils permettent de repérer les femmes enceintes ou nouvellement mères présentant une symptomatologie dépressive, tels que le *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ 9), le *Beck Depression Inventory* (BDI), le *Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) et l'*Inventaire de Dépression Postnatale d'Édimbourg* (IDPE) (Gjerdingen & Yawn, 2007). Selon une recension des écrits d'Abdullah, Zulkefli, Minhat, Baharom et Ahmad (2019), l'IDPE est le questionnaire le plus largement utilisé, de même que le mieux validé et le plus sensible. Cet instrument de dépistage comporte 10 items évaluant les symptômes de dépression durant la grossesse et la période post-natale. Les questions de l'IDPE sondent la présence de symptômes de dépression au cours des sept derniers jours au moyen d'une échelle de type Likert en 4 points; le score global varie entre 0 et 30, un score plus élevé indiquant un plus haut niveau de dépression (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). Ce type d'outils de dépistage a été montré comme étant aussi efficace qu'un entretien clinique, en plus d'être rapide et facilement administrable (Shorey et al., 2018).

## **Impacts de la DPP**

L'identification des mères présentant une DPP apparaît importante considérant son effet délétère sur les interactions mère-nourrisson et sur le développement ultérieur de l'enfant (Field, 2010; Letourneau et al., 2012; Murray, 1996; Soe et al., 2016; Whiffen & Gotlib, 1993). La dépression de la nouvelle mère entraverait sa disponibilité psychique, ayant des impacts notables sur les soins qu'elle prodigue à son bébé et sur ses interactions avec lui, lesquels engendrent en retour un ajustement particulier du bébé en fonction de sa psychobiologie et de ses compétences propres (Gérardin, Rivière, & Thibaut, 2003). Par exemple, une étude a montré qu'à l'âge de 18 mois, les enfants de mères déprimées présentaient une plus grande fréquence d'attachement insécurisant et de comportements perturbateurs que les enfants dont les mères ne souffraient pas de DPP (Murray, 1996). La DPP aurait également des impacts au niveau de la santé mentale des enfants et de leurs compétences cognitives (Murray, 1996; Whiffen & Gotlib, 1993) ainsi que sur l'adoption, par les mères, de certaines conduites à risque au niveau du parentage (Field, 2010). Une étude longitudinale effectuée au Royaume-Uni comprenant 9848 nouvelles mères a montré que celles présentant une DPP persistante (évaluée à 2 mois post-partum, puis à 8 mois post-partum), comparativement à celles n'ayant pas été identifiées comme étant déprimées à l'aide de l'IDPE, avaient des symptômes dépressifs jusqu'à 11 ans suivant la naissance de leur enfant (Netsi et al., 2018). Dans cette étude, il a été montré que la présence de dépression post-partum chez les mères, qu'elle soit persistante ou non, était significativement liée à la présence accrue de troubles du comportement chez leurs enfants à l'âge de 3 ans, à de plus faibles résultats en mathématiques à 16 ans ainsi qu'à une plus

grande prévalence de dépression à 18 ans chez le jeune (Netsi et al., 2018). Ainsi, les conséquences d'une DPP ne se limitent pas uniquement à la période où l'enfant est nourrisson, mais peuvent avoir des effets à long terme (Bernard-Bonnin, 2004; Netsi et al., 2018). Gérardin et al. (2003) soulignent toutefois que, bien que les troubles dépressifs maternels aient un impact sur le développement de l'enfant, ces répercussions ne sont pas systématiques, ni encore bien connues, et peuvent être atténuées par la présence d'autres figures de soin significatives au sein de l'entourage, telles que le père ou un substitut maternel, par exemple. Ainsi, il s'avère donc important que les nouvelles mères en souffrance puissent être identifiées rapidement afin de minimiser les impacts possibles de la DPP sur la santé mentale de la mère, sur le lien mère-bébé, ainsi que sur le développement de l'enfant. Il convient alors de se questionner quant aux façons possibles d'identifier de manière précoce comment les futures mères s'adapteront à la maternité.

Étant donné qu'ils constituent un reflet du monde affectif de l'individu et contribuent à son adaptation, les rêves représentent une avenue novatrice et prometteuse dans l'identification des femmes enceintes susceptibles de moins bien s'adapter à la maternité. Qui plus est, un vaste corpus empirique soutient que les rêves pourraient avoir une fonction de régulation affective pour l'individu. En effet, l'imagerie onirique serait une métaphore des émotions du rêveur et pourrait avoir une fonction quasi-thérapeutique en permettant l'expression et la création de nouvelles connexions cognitives (p. ex., l'imagerie onirique permet de connecter des souvenirs ainsi que l'imagination du rêveur, entre des expériences récentes à l'éveil et des souvenirs) et ce, dans un contexte sécuritaire

(p. ex., par l'inhibition musculaire pendant le sommeil laquelle permet de ne pas agir le rêve; Hartmann, 1996). Les caractéristiques observées au sein des rêves des femmes enceintes suggèrent d'ailleurs que ces derniers mettent en scène des préoccupations propres à cette période de vie (Cartwright, 1991; Cartwright, Agargun, Kirkby, & Friedman, 2006; Hartmann, 1996; Lara-Carrasco, 2013).

### **Rêves et maternité**

Depuis l'*Interprétation des rêves* de Freud (1900/1971), ouvrage pionnier dans la compréhension contemporaine des mécanismes psychiques sous-tendant les productions oniriques et leurs fonctions, nombreux sont les débats qui persistent au sein de la communauté scientifique concernant la définition de ce qu'est un rêve (Nielsen, 2000; Pagel et al., 2001). Notons ici la contribution de Nielsen (2000) en ce qui concerne une définition intégrative du rêve, qu'il conceptualise tel une forme d'activité cognitive durant le sommeil qui se manifeste par une imagerie parfois bizarre et qui peut contenir des hallucinations sensorielles, des émotions et une trame narrative. Au sein de la communauté scientifique, il serait assez bien accepté que l'activité onirique est davantage fluide, flexible et créative que la pensée vigile (Hartmann, 1996, 2010). Les rêves revêtiraient une fonction d'assimilation, de maîtrise et d'adaptation par rapport à nos préoccupations (Cartwright, Agargun, Kirkby, & Friedman, 2006) de par cette continuité avec les cognitions à l'éveil (Hall, 1953; Schredl, 2012). Ainsi, les rêves seraient un produit cognitif sensible aux situations affectives nécessitant l'adaptation de l'individu, par exemple à certaines périodes de la vie lors desquelles il y a bouleversements de nature

identitaire et relationnelle (Nielsen & Lara-Carrasco, 2007). Le rêve serait ainsi hyper-associatif, permettant de réunir une grande quantité d'informations qui semblent disparates pour le rêveur (Lara-Carrasco, 2013). Par ce caractère flexible, le rêve permettrait en quelque sorte une élaboration mentale des événements de vie, en facilitant la création de nouvelles associations aptes à désensibiliser le rêveur et à diminuer la charge affective liée à une situation donnée. Par exemple, il a été démontré que les personnes divorcées et cliniquement déprimées qui incorporent davantage leur ex-conjoint.e de façon négative dans leurs rêves, parallèlement à davantage d'émotions et de connexions à d'autres souvenirs, sont moins nombreuses à présenter des symptômes dépressifs plusieurs mois plus tard (Cartwright, 1991; Cartwright et al., 2006). Autrement dit, les productions oniriques contribueraient ainsi à une meilleure adaptation en permettant de résoudre, d'assimiler et de maîtriser les préoccupations émotionnelles et quotidiennes (Cartwright, 1991; Cartwright et al., 2006; Hartmann, 1996).

La grossesse étant un événement de vie majeur, potentiellement associé à une charge affective importante, il est possible de présumer que l'activité onirique y joue un rôle important. En effet, plusieurs études s'étant penchées sur les rêves des femmes enceintes ont observé que ces derniers présentent un contenu particulier, faisant généralement référence à la grossesse ainsi qu'à la maternité (Dagan, Lapidot, & Eisenstein, 2001; Jones, 1978; Lara-Carrasco, 2013; Nielsen & Paquette, 2007; Sabourin, 2010; Van De Castle & Kinder, 1968).

### **Caractéristiques des rêves ayant lieu pendant la grossesse**

Bien qu'il soit ardu d'étudier le phénomène de façon empirique, des cliniciens ont soulevé que l'activité onirique serait plus foisonnante chez les femmes enceintes (Ablon, 1994; Bydlowski, 2010; Raphael-Leff, 1991). À titre d'exemple, Hélène Deutsch (1973), psychanalyste, est l'une des premières à avoir souligné que le contenu des rêves durant la grossesse refléterait les craintes qu'entretiennent les femmes par rapport à leur capacité de maternage. Les études comparatives consacrées à l'analyse des productions oniriques des femmes enceintes révèlent que leurs rêves font davantage référence à des contenus évoquant la grossesse (p. ex., fœtus, accouchement et corps humain), la maternité (p. ex., responsabilités parentales à venir et aptitudes parentales) ainsi que des éléments de leur passé que ceux des femmes qui ne sont pas enceintes (Dagan et al., 2001; Jones, 1978; Lara-Carrasco, 2013; Nielsen & Paquette, 2007; Sabourin, 2010; Van De Castle & Kinder, 1968). Une étude récente vient appuyer ces observations (Sabourin, Robidoux, Pérusse, & De Koninck, 2018). En effet, les femmes enceintes de cette recherche rapportaient davantage de rêves comportant un fœtus, une grossesse, un bébé, une naissance ainsi que des éléments à thématiques médicales au troisième trimestre alors qu'à un mois post-partum ces thèmes changeaient pour se centrer davantage sur la maternité avec un nouveau-né ; les rêves ne comportaient alors pratiquement plus aucune référence à la grossesse (Sabourin et al., 2018).

Les rêves des femmes enceintes contiennent également plus de contenus à teneur négative, tels que des malchances, des blessures, des menaces et des objets endommagés

(Gillman, 1968; Jones, 1978; Nielsen & Paquette, 2007). Une recherche de Maybruck (1986) a révélé que 40 % des 1000 rêves recueillis auprès de 67 femmes au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse comportaient des émotions très négatives allant de la peur à la terreur excessive. L'étude de Lara-Carrasco (2013) montre que le rappel de mauvais rêves est 2,5 fois plus élevé chez les femmes enceintes à leur 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse, comparativement à un groupe de contrôle de femmes non-enceintes. De plus, 21 % des femmes enceintes se rappellent avoir fait des cauchemars plus d'une fois par semaine, alors que cette prévalence est de 7 % chez les femmes non-enceintes (Lara-Carrasco, 2013).

### **Rêves et adaptation post-partum**

En ce qui concerne plus spécifiquement l'adaptation à la maternité, l'étude pionnière de Lara-Carrasco (2013) concernant les rêves pendant la grossesse a montré que les nouvelles mères qui se sont senties les moins stressées par leur rôle maternel après l'accouchement sont celles qui, durant le 3<sup>ème</sup> trimestre, ont rapporté le plus de rêves à teneur masochiste (craintes, appréhensions et menaces en lien avec leur intégrité telles qu'être attaquée, punie ou blessée et menace à leur estime personnelle). Une autre recherche s'étant intéressée à l'adaptation post-partum en lien avec les rêves des femmes enceintes a montré que les productions oniriques se distinguent entre les femmes qui ont développé une DPP et celles qui n'en ont pas développée (Kron & Brosh, 2003). En examinant de manière rétrospective un échantillon de 166 femmes enceintes, les chercheurs ont remarqué que les nouvelles mères non déprimées sont plus nombreuses à



avoir rapporté des rêves angoissants et référant au masochisme comparativement aux nouvelles mères déprimées (Kron & Brosh, 2003).

Cette association entre une présence accrue d'un contenu onirique à valence négative pendant la grossesse et une meilleure adaptation à la maternité peut paraître contre-intuitive à première vue. Les sections suivantes s'attarderont ainsi à offrir une piste d'explication à ce lien, à savoir que la capacité de mentalisation (CM) et les rêves auraient des caractéristiques similaires interreliées, permettant de mieux comprendre comment la CM pourrait intervenir comme processus régulateur des productions oniriques, permettant ultimement une meilleure adaptation post-partum.

### **Mentalisation et adaptation à la maternité**

#### **Définition de la mentalisation**

Élaboré au cours des années 1990, le concept de mentalisation (opérationnalisé en recherche sous le terme de fonction réflexive; FR) représente l'activité mentale imaginative par laquelle un individu perçoit et interprète ses comportements et ceux d'autrui comme étant porteurs de sens et fondés sur des états mentaux, tels que des besoins, des désirs, des pensées, des émotions, des croyances et des intentions (Allen et al., 2008; Fonagy, Gergely & Target, 2007). Dans la vie quotidienne, la mentalisation se déploie majoritairement de façon implicite et automatique (p. ex., adopter un visage triste lorsque quelqu'un pleure ou poser sa main sur son épaule), étant en quelque sorte un réflexe (Cherrier, 2014) et faisant référence à un savoir-être. La mentalisation peut

également être explicite et contrôlée (p. ex., demander à quelqu'un si quelque chose le préoccupe après avoir remarqué un changement d'attitude), ce qui requiert des procédés verbaux impliquant une attention, une réflexion, une intention, une vigilance et un effort (Allen et al., 2008).

Le concept de mentalisation englobe une vaste gamme de concepts de la cognition sociale, incluant l'empathie, la pleine conscience, la théorie de l'esprit et l'alexithymie (Luyten, Campbell, Allison, & Fonagy, 2020). Alors que les concepts tels que l'empathie et la pleine conscience s'intéressent aux composantes affectives de la mentalisation, la théorie de l'esprit explore plutôt ses fonctionnalités cognitives (Luyten et al., 2020). En outre, il appert que la mentalisation est multidimensionnelle et peut être conçue à partir de quatre dimensions, lesquelles ont chacune deux polarités: cognitive-affective, automatique (implicite)-contrôlée (explicite), interne-externe et soi-autrui (Debbané, 2018; Fonagy & Bateman, 2019).

La mentalisation réfère à la façon dont l'individu cherche à donner un sens à son monde interne, mais également au monde qui l'entoure, ce qui permet ultimement de mieux comprendre et prédire son comportement et celui d'autrui; ses relations interpersonnelles seront ainsi perçues comme étant porteuses de sens et prévisibles (Allen et al., 2008). De surcroît, un individu possédant une capacité de mentalisation bien développée est conscient qu'il ne peut qu'imaginer ce que l'autre ressent ou désire et cherchera donc à valider sa perception auprès de ce dernier afin de s'assurer de sa justesse (Allen et al.,

2008). Mentaliser représente donc un processus subjectif et dynamique (Bateman & Fonagy, 2013) et qui est à la fois cognitif et affectif (Jurist, 2005; Slade 2005).

### **Développement normal de la capacité de mentalisation**

Chez l'être humain, le développement de la capacité de mentalisation (CM) serait un acquis développemental et plus ou moins stable selon les individus et les circonstances dans lesquelles ils évoluent. Le développement de la CM se déploie dans le contexte de la relation d'attachement (Fonagy et al., 1991), laquelle se fonde sur l'habileté du parent à être sensible aux états mentaux de son enfant (Meins, Fernyhough, Fradley, & Tuckey, 2001). Ainsi, cela ne serait possible que si la mère (ou la figure de soins principale) fait montre d'une orientation mentale maternelle (en anglais : *Maternal Mind-Mindedness*), c'est-à-dire qu'elle est en mesure de concevoir et de traiter son enfant tel un individu disposant d'une vie mentale autonome et active (Meins, 1997). Dès la naissance et au sein des interactions de la vie quotidienne, le parent accompagne son bébé dans l'acquisition de sa capacité à se représenter son propre monde interne en reflétant l'émotion de ce dernier, favorisé notamment par le « reflet d'affect marqué » ou le marquage des affects (Fonagy et al., 2006), l'adulte exagérant volontairement sa réponse affective à l'émotion exprimée par l'enfant afin de la mettre en évidence. Ainsi, le parent module son expression tout en s'accordant aux émotions exprimées par l'enfant, qui réalisera peu à peu que ces dernières ne sont pas absolues et sont en fait une représentation modulable, lui permettant finalement de métaboliser ses propres affects (Allen et al., 2008). Fonagy et ses collègues (2002) se sont notamment appuyés sur la fonction miroir, notion développée par Winnicott

(1971) afin d'expliquer cette capacité du parent à refléter de façon contingente les états mentaux de l'enfant.

**Les modes pré-mentalising.** Dès la naissance, la mentalisation est une capacité en développement et s'avère normalement être bien implantée vers l'âge de cinq ou six ans (Allen, 2013). Ainsi, le bambin passe par différents modes pré-mentalising qu'il doit réussir à intégrer de manière progressive afin d'atteindre la capacité de mentaliser. De la naissance jusqu'à l'âge d'un an et demi environ, le *mode téléologique* prédomine, c'est-à-dire que le bébé se représente les motifs d'une action en termes d'effets visibles et concrets (Allen et al., 2008; Gergely, 2003; Terradas, Domon-Archambault, & Drieu, 2020). Puis, entre le milieu de la seconde année de vie jusqu'à trois ans (Fonagy & Allison, 2012), l'enfant commence à considérer les états mentaux, comprenant de plus en plus que les humains sont des êtres intentionnels dont les actions peuvent être expliquées tant par des changements observables que par des états prenant place dans leur esprit (Fonagy & Allison, 2012). Il entre alors dans le mode *d'équivalence psychique*, puisqu'il y a équivalence dans l'esprit de l'enfant entre les apparences et la réalité, entre le monde interne et le monde externe (Allen et al., 2008). Les états mentaux ne sont pas vécus par l'enfant comme étant des représentations distinctes de la réalité, puisque ce dernier ne saisit pas encore que ceux-ci sont générés par son esprit et ne sont pas accessibles à tous (Fonagy & Target, 1996b). Vers l'âge de trois ans apparaît le mode *comme si* (Fonagy & Target, 1996a). L'enfant commence alors à comprendre la nature symbolique des pensées, des émotions et des intentions; les états mentaux ne sont ainsi plus compris telles des

copies de la réalité, mais plutôt comme des représentations de celle-ci (Achim, Lebel, & Ensink, 2020; Fonagy et al., 2002). Ce sera principalement à travers le jeu de l'enfant que les états mentaux, même menaçants, pourront être explorés en toute sécurité et ce, puisque la capacité à faire semblant permet de se situer dans une aire transitionnelle, à mi-chemin entre la réalité externe et interne (Achim, Lebel, Ensink, & Senécal, 2020; Fonagy & Target, 1996a; Midgley, Muller, Malberg, Lindqvist, & Ensink, 2019; Terradas et al., 2020; Verheugt-Pleiter, 2008). Fonagy et Target (1996a) soulignent d'ailleurs que, d'un point de vue de mentalisation, cela expliquerait pourquoi l'enfant est souvent plus rapidement en mesure d'exprimer des choses à travers le jeu plutôt que de les aborder dans le contexte de sa vie quotidienne. Finalement, vers l'âge de quatre ou cinq ans, la capacité à mentaliser serait stable et bien étayée (Jurist, 2005), appuyée par le jeu et des interactions avec les parents teintés par la contenance, la contingence, le marquage et l'accordage aux états mentaux de l'enfant (Fonagy et al., 2007).

### **Lorsque la capacité de mentalisation fait défaut**

La CM comporte des éléments de trait, mais également d'état, ce qui signifie que, même chez des individus étant généralement en mesure de mentaliser, cette capacité tendra à être inhibée lorsqu'il y a augmentation du stress ou de l'activation affective (Luyten et al., 2020). En effet, plus l'intensité émotionnelle augmente, moins cette dernière est régulée efficacement par le cortex cérébral, responsable des activités cognitives évoluées telle que la mentalisation (Bateman, 2010; Luyten, Fonagy, Benedicte, & Vennote, 2012). Un tel contexte affectif laisse davantage de place aux

structures sous-corticales (par exemple l'amygdale), lesquelles sont chargées de générer un comportement visant la survie ou l'adaptation immédiate à l'environnement (Bateman, 2010; Luyten et al., 2012). Il s'avère important de reconnaître cette réalité afin d'être en mesure d'identifier les éléments d'une situation ayant provoqué chez l'individu la perte de sa capacité à mentaliser et ainsi, qu'il puisse la rétablir par la suite (Bevington & Fuggle, 2012). En somme, malgré la présence d'une CM bien établie chez un individu, cette capacité peut fluctuer de manière substantielle à travers différents contextes (Luyten et al., 2020).

Luyten et ses collègues (2020) ont proposé que différentes psychopathologies puissent être liées à un débalancement au sein des quatre polarités de la mentalisation, pouvant ainsi résulter en différents profils de mentalisation caractéristiques de chacun des troubles. Des déficits au plan de la CM ont notamment été identifiés chez des patients déprimés, allant d'une difficulté dans l'interprétation d'expressions faciales jusqu'à un déficit de la compréhension plus complexe de situations sociales (Billeke, Boardman, & Doraiswamy, 2013; Bistricky, Ingram, & Atchley, 2011; Kerestes, Davey, Stephanou, Whittle, & Harrison, 2014). Ces atteintes à la mentalisation ont également été liées aux rechutes de dépression majeure et sembleraient persister chez les patients euthymiques (Luyten & Fonagy, 2018). La durée ainsi que la sévérité des épisodes dépressifs seraient également liées à des déficits de mentalisation chez les adultes déprimés (Bistricky et al., 2011; Luyten & Fonagy, 2018). À ce sujet, la dépression serait associée à de hauts niveaux de stress empathique, c'est-à-dire que, lorsqu'on présente à un individu déprimé une situation

stressante pour quelqu'un d'autre, il peut s'imaginer comment lui-même réagirait en se basant sur des expériences similaires qu'il a vécues antérieurement plutôt que de se centrer sur le vécu d'autrui (Schreiter, Pijnenborg, & Aan het Rot, 2012). Cela aurait pour effet d'augmenter des sentiments douloureux associés au passé et donc, le stress empathique (Schreiter et al., 2012). L'empathie cognitive, c'est-à-dire la capacité d'interpréter les causes de l'émotion perçue chez autrui (de Wied, Gispen-de-Wied, & van Boxtel, 2010), pourrait également être limitée par la dépression, par exemple en entravant la prise de perspective, la théorie de l'esprit et la précision empathique (Schreiter et al., 2012).

Des études ont également documenté que les individus présentant un trouble de la personnalité limite (TPL) présentent des atteintes au plan de la mentalisation, se manifestant par une prédominance du mode d'équivalence psychique, par exemple dans les discours rigides, simplistes et défensifs à l'échelle de fonction réflexive appliquée sur l'*Adult Attachment Interview* (Katznelson, 2014), mais également en ce qui concerne leurs productions oniriques (Skrzypinska & Szmigielska, 2015).

### **Mentalisation péripartum**

La fonction réflexive parentale (FRP) prénatale est définie comme étant l'habileté de la mère en devenir à penser en termes d'états mentaux, à propos d'elle-même en tant que mère, de son futur enfant et de la relation qu'elle développera avec lui; elle pourra utiliser cette compréhension afin d'adapter ses réponses envers son bébé (Slade, Sadler, & Mayes, 2005). S'appuyant sur les élaborations théoriques de Winnicott (1971) à l'égard de la

rêverie qu'il décrit comme un espace de jeu ou une aire transitionnelle, Markin (2013) souligne que cette dernière serait essentielle à la réorganisation identitaire de la future mère, en ce sens qu'elle commence à garder son bébé ainsi que sa représentation d'elle-même comme mère à l'esprit et joue, en quelque sorte, avec l'idée de devenir mère de plusieurs façons. La mentalisation aurait alors pour rôle d'aider la mère en devenir à reconnaître ces rêveries et à réfléchir quant à leurs fonctions possibles. Reprenant une illustration initialement proposée par Slade, Patterson et Miller (2007), Markin (2013) souligne qu'une femme enceinte pourrait prendre conscience qu'elle a tendance à s'imaginer qu'elle saura toujours ce dont son bébé a besoin lorsqu'il pleurera parce que le contraire augmenterait son anxiété et son sentiment d'impuissance. Une étude de Smaling et al. (2016) a d'ailleurs pu montrer l'importance d'une FRP chez la femme enceinte en lien avec les interactions mère-bébé en postnatal. En effet, les chercheurs ont examiné les liens existants entre la FRP maternelle prénatale, la présence de certains facteurs de risque et les comportements interactifs des mères et de leurs bébés de six mois durant une période de jeu libre et lors de situations difficiles et stressantes (p. ex., « Still Face Paradigm »). Les résultats montrent que les mères ayant une meilleure FRP prénatale, mesurée en utilisant le *Pregnancy Interview-Revised* (Slade, 2007) et cotée à l'aide de l'échelle de FR (Slade & Patterson, 2005), semblent comprendre avec plus de justesse, en postnatal, les états internes de leur bébé et tendent conséquemment à y répondre en adoptant des comportements en accord avec ses émotions, ses besoins et ses intérêts (Smaling et al., 2016). De surcroît, une étude longitudinale a montré que l'évaluation de la FR chez des femmes enceintes, mesurée par l'*Adult Attachment Interview* (AAI), permet de prédire



la nature du patron d'attachement chez 75 % de leurs bébés douze mois plus tard (Fonagy et al., 1991). La FRP prénatale permet également de créer une place à l'enfant à la fois en termes concrets et psychologiques (p. ex., lui donner un nom, s'imaginer son apparence, imaginer les moments qu'ils auront ensemble) ou, finalement, en pensant à comment, en tant que parent, elle souhaite ressembler ou se différencier de ses propres parents (Suchman, Pajulo, Kalland, DeCoste, & Mayes, 2012). Les résultats des études citées ci-haut, soient celles de Smaling et al. (2016) et de Fonagy et al. (1991) témoignent de l'importance que la mère en devenir ait une conscience réflexive, puisque le fœtus serait la parfaite page blanche sur laquelle les projections maternelles peuvent se déposer (Raphael-Leff, 1990). Inévitablement, à un moment ou à un autre, sa propre expérience d'enfant et des soins maternels reçus influenceront son maternage, ce qui peut parfois mener à un manque d'adéquation entre le besoin de l'enfant et la réponse à celui-ci; ce sera alors la capacité réflexive de la mère en lien avec ces interactions qui lui permettront de réparer ses erreurs et qui contribueront à ce qu'elle puisse offrir des réponses *suffisamment bonnes* (Winnicott, 1965). En outre, une étude de Fonagy et ses collègues (1994) a démontré que les mères ayant un vécu difficile, mais ayant une bonne FR, avaient toutes des enfants dont l'attachement était sécurisant alors que les enfants de mères ayant une histoire de vie semblable mais dont la FR était altérée avaient en majorité des liens insécurisants. Une recherche prospective récente confirme ces résultats, à savoir que la FR des mères au sujet de leurs propres relations d'attachement durant leur enfance a un effet positif sur leur capacité à évaluer et à éviter des comportements parentaux négatifs

pouvant nuire au développement d'un attachement sécurisant chez l'enfant (Ensink, Normandin, Plamondon, Berthelot, & Fonagy, 2016).

### **La mentalisation et les rêves**

Des cliniciens et chercheurs s'intéressent de plus en plus aux liens unissant les productions oniriques et la mentalisation. Bateman et Fonagy (2013) soulèvent d'ailleurs que les individus possédant de hauts niveaux de mentalisation ont souvent un intérêt pour leurs rêves. Martin Cabré (2011) ajoute que la possibilité d'interpréter les images et représentations symboliques des productions oniriques pourrait assister la psyché dans le processus menant à l'amélioration de la capacité de mentalisation en transformant des expériences non pensables vécues au stade préverbal et présymbolique, en des expériences pensables.

Des chercheurs se sont intéressés à la théorie de la continuité, selon laquelle les rêves reflèteraient la vie diurne, incluant la vie mentale du sujet (Fogli, Aiello, & Quercia, 2020; Hall, 1953). Calvin Hall (1953; Hall & Nordby 1972) considérait d'ailleurs que l'individu conservait ses caractéristiques à l'éveil (personnalité, pensées, croyances) dans le rêve. Une étude longitudinale a de plus montré qu'un changement au niveau du bien-être psychologique était modérément à fortement associé à des changements similaires au niveau du contenu des rêves chez l'individu (Pesant & Zadra, 2006). De surcroît, une recherche récente s'intéressant à plus de 24 000 récits oniriques appuie l'hypothèse de la continuité, en montrant notamment que les récits oniriques rapportés par les rêveurs

faisaient souvent référence à leurs expériences à l'éveil (Fogli et al., 2020). Finalement, une recension des écrits, s'intéressant notamment aux découvertes neurobiologiques de l'activité onirique, a montré que cette dernière combinerait des fragments des émotions, expériences et pensées de la vie de tous les jours de façon fidèle à ce qui est vécu durant la journée; les rêves seraient ainsi le prolongement de l'activité cognitive consciente (Graveline & Wamsley, 2015). De plus, la dimension affective du rêve est un fait difficilement réfutable (Fosse, Stickgold, & Hobson, 2001; Schredl, 2010a). En effet, les émotions sont présentes dans la majorité des productions oniriques, soit entre 70 et 95 % (Fosse et al., 2001; Foulkes, Sullivan, Kerr, & Brown, 1988; Kahn, Pace-Schott, & Hobson, 2002; Merritt, Stickgold, Pace-Schott, Williams, & Hobson, 1994; Nielsen, Deslauriers, & Baylors, 1991). La recherche montre également que les émotions peuvent parfois se manifester dans les rêves sous forme d'images puissantes (p. ex., un raz-de-marée), lesquelles permettent de contextualiser l'émotion du rêveur (« *image contextualisante* »), sans que celle-ci ne soit explicitement nommée (Hartmann, 2008).

### **Caractéristiques communes des rêves et de la capacité de mentalisation**

Les rêves et la mentalisation s'avèrent des sujets étudiés principalement de façon indépendante l'un de l'autre. En effet, peu d'auteurs se sont intéressés aux liens et aux fonctions communes pouvant exister entre ces deux processus, et ce malgré le fait que ces phénomènes présentent des caractéristiques similaires. Tout d'abord, l'activité onirique et la CM sont majoritairement intuitives et automatiques, bien qu'il soit possible de s'y intéresser dans l'après-coup, donc de manière explicite et contrôlée. Pour ce faire,

l'individu doit toutefois y porter de l'intérêt et se montrer curieux envers sa vie psychique et ce, tout en demeurant conscient qu'il s'agit d'un mode représentationnel intégrant des éléments de son monde interne et du monde externe. À ce propos, il a été rapporté que les enfants souffrant d'un Trouble du spectre de l'autisme (TSA) traiteraient leurs rêves tel des événements concrets et réalistes (Baron-Cohen, 1989). Leur difficulté à distinguer les différents états mentaux ainsi que les pensées, rêves, simulations et souvenirs pourrait complexifier pour eux la compréhension du rêve en tant qu'activité mentale comparativement aux enfants de la population générale (Baron-Cohen, 1989). Pour leur part, les personnes ayant un TPL seraient plus susceptibles que celles issues de la population générale d'expérimenter une difficulté ou une incapacité à déterminer si un événement ou une expérience s'est produit pendant un état d'éveil ou s'il faisait partie d'un rêve (Skrzypinska & Szmigielska, 2015). Ainsi, il est possible d'observer que les difficultés de mentalisation peuvent se manifester à travers une confusion que l'expérience onirique peut faire surgir et prendre la forme d'une équivalence psychique, notamment chez les individus souffrant de TPL et de TSA.

Les rêves et la mentalisation ont également tous deux pour fonction l'adaptation, la régulation des émotions associée à des événements actuels ou antérieurs en plus de permettre une « préparation » pour des événements à venir. Cela serait notamment possible par la création d'un narratif qui soit cohérent et teinté d'émotions, même lorsqu'il s'agit d'éléments qui semblent disparates et parfois dépourvus de sens. À ce sujet, une étude s'étant intéressée au sommeil ainsi qu'aux rêves chez les personnes souffrant d'un

TSA a trouvé que les participants autistes, comparativement aux participants du groupe de contrôle, ont moins de souvenirs de leurs rêves tout en présentant moins d'éléments contextuels, d'objets, de personnages, d'interactions sociales et d'émotions dans leurs productions oniriques et ce, malgré un quotient intellectuel verbal comparable à celui des participants du groupe de contrôle (Daoust et al., 2008). D'autres chercheurs se sont pour leur part intéressés à l'activité onirique de personnes atteintes de schizophrénie en se basant sur une approche d'analyse textuelle des récits de rêves enregistrés vocalement (Zanasi, Calisti, Di Lorenzo, Valerio, & Siracusano, 2011). Ils ont trouvé des différences significatives dans les paramètres textuels, montrant que les récits oniriques des patients schizophrènes diffèrent de ceux du groupe de contrôle : complexité syntaxique réduite, incohérences, récits désordonnés remplis de propos non pertinents et qui dévient du sujet, présence de mots rares et de néologismes ainsi que difficultés dans l'accès lexical (Zanasi et al., 2011). De surcroît, une étude de Lusignan et al. (2009) a montré que les patients atteints de schizophrénie, après avoir rapporté le contenu de leurs rêves, cotaient leurs récits oniriques comme étant moins bizarres que le faisait les participants du groupe de contrôle et ce, malgré une densité importante d'éléments bizarres, lesquels étaient cotés par des juges indépendants.

Qu'il s'agisse du rêve ou de la mentalisation, ces deux processus requièrent une compréhension chez l'individu d'une certaine ambiguïté au sein de son expérience. De surcroît, tant les productions oniriques que la CM sont susceptibles d'être altérées lorsque la charge affective est trop élevée (Levin & Nielsen, 2007).

### Objectifs de l'étude

En somme, il est possible de croire que, par leur nature et leur fonction, les rêves pourraient représenter une voie d'accès à la mentalisation et en permettre l'évaluation. De façon plus spécifique, il s'avère pertinent de s'intéresser à ces thématiques chez les femmes enceintes, notamment en raison des caractéristiques spécifiques des rêves pendant la grossesse ainsi que des remaniements psychiques propres à cette période de la vie, visant ultimement l'adaptation à la maternité.

À notre connaissance, aucune étude empirique ne s'est encore penchée sur l'étude de la FR à l'aide de verbatims de rêves. De surcroît, le présent projet de recherche s'intéresse à la FR onirique chez des femmes enceintes au troisième trimestre de grossesse et ce, en lien avec l'adaptation psychologique à la maternité, ce qui n'a pas été étudié auparavant. Le premier objectif de ce mémoire consiste en le développement et la validation de *l'Échelle de Fonction Réflexive Adaptée aux Productions Oniriques* (ÉFRAPO) en vérifiant la convergence entre les scores de FR oniriques obtenus par l'ÉFRAPO et les scores de FR obtenus à l'éveil à partir de l'échelle de FR appliqué sur l'AAI. Le second objectif vise l'application de la grille à un échantillon de femmes enceintes afin d'explorer les liens entre la FR des femmes enceintes, leur niveau d'adaptation à la maternité et de symptômes de DPP.

## **Méthode**

Cette section expose la méthode utilisée dans le cadre de l'étude. Dans un premier temps, les informations relatives au contexte de recherche et aux caractéristiques des participantes seront exposées. Ensuite, les instruments de mesure utilisés seront décrits. Puis, les considérations éthiques inhérentes à cette recherche seront présentées. Finalement, les analyses effectuées sur les données recueillies seront détaillées.

### **Déroulement**

Le présent mémoire doctoral découle de deux projets de recherche plus larges. Ainsi, des données d'un échantillon de mères issues d'un projet financé par le Fonds de Recherche Québécois - Société et Culture (FRQ-SC) ont permis de développer et de valider *l'Échelle de Fonction Réflexive Adaptée aux Productions Oniriques* (ÉFRAPO), ce qui représente le premier objectif. Puis, des données provenant de l'étude de Lara-Carrasco (2013) ont permis d'appliquer la grille sur un échantillon de femmes enceintes afin d'explorer les liens entre la FR des femmes enceintes, leur niveau d'adaptation à la maternité et les symptômes de DPP (objectif 2).

### **Procédures et description des échantillons**

**Objectif 1 : Développement et validation d'une grille de cotation de la FR à l'aide de verbatims de rêves**



**Développement de la grille.** Dans un premier temps, la grille ÉFRAPO a été développée par la candidate. Pour ce faire, cette dernière s'est basée sur la définition de la FR et le modèle théorique de son développement. La consultation des systèmes existants de cotation de la FR, tels que le *Addendum to Reflective Functioning Scoring Manual* (Fonagy et al., 1998) *for use with the Parent Development Interview* (PDI; Aber et al., 1985; PDI-R; Slade et al., 2003), a également permis de faire ressortir des éléments importants à inclure à l'ÉFRAPO, tout en les adaptant de manière à ce qu'ils soient applicables à des verbatims de rêves.

La première version de la grille a tout d'abord été soumise à un essai de codification par la candidate ainsi que par les directrices de recherche, deux expertes en rêves (V. Simard) et mentalisation (J. Achim). Ces dernières ont alors formulé des commentaires permettant de peaufiner l'ÉFRAPO en ce qui concerne non seulement les critères d'évaluation, mais également la forme de la grille. Une candidate au doctorat en psychologie (Ph.D.), initiée à la théorie de l'attachement, à la mentalisation et à la cotation de rêves a été sollicitée afin de procéder à l'accord inter juges. Cette dernière a d'abord pris connaissance de la grille et transmis ses questionnements, lesquels ont permis de la rendre plus accessible et compréhensible pour les codeurs, par exemple en reformulant certaines phrases et en ajoutant des consignes générales de cotation. Une formation de 10 heures lui a ensuite été offerte afin de consolider la maîtrise de l'ÉFRAPO.

**Accord inter juges.** L'ÉFRAPO a été mise à l'épreuve à l'aide de verbatims de rêves de 16 participantes d'une étude plus vaste financée par le FRQ-SC. Tout d'abord, la grille a été appliquée à l'aide de quatre rêves préparatoires ne faisant pas partie de l'échantillon de rêves, ce qui a permis de consolider la compréhension de la grille par la codificatrice indépendante. Le premier accord inter juges a ensuite été effectué entre la doctorante et la codificatrice indépendante sur les rêves de 31,25 % des participantes ( $n = 5/16$  participantes; 37/143 rêves). La troisième version de l'ÉFRAPO découle des modifications apportées à la suite de la discussion des divergences entre les codificatrices, plus particulièrement en ce qui concerne la définition de ce qui peut être considéré comme un état mental. Les questionnements en lien avec la modification de la grille ont été validés auprès des directrices de cette recherche. Puis, l'accord inter juges final, témoignant de la fidélité de la grille, a été établi sur un autre 31,25 % de l'échantillon de mères ( $n = 5/16$ ; 36/143 rêves). Finalement, suite aux accords inter juges, la candidate a appliqué l'ÉFRAPO sur les 37,5 % restants de participantes ( $n = 6/16$ ; 37,5 %). Les données sur l'accord inter juges sont exposées dans la section présentant les résultats de l'étude.

**Description de l'échantillon.** Les participantes ayant permis de valider l'ÉFRAPO sont des mères âgées entre 30 et 49 ans ayant des enfants âgés de 8 à 15 ans participant à une étude plus large portant sur la transmission intergénérationnelle de l'attachement et des schémas cognitifs. Trois participantes (18,75 %) sont nées à l'extérieur du Canada. Concernant le niveau de scolarité de l'échantillon, une participante (6,25 %) a un diplôme d'études secondaires, cinq participantes (31,25 %) ont un diplôme d'études collégiales

complété ou un baccalauréat non complété alors que dix participantes (62,5 %) ont un diplôme universitaire. Ainsi, il s'avère que la proportion de mères ayant un diplôme d'études universitaires au sein de l'échantillon est plus élevée qu'au sein de la population générale, cette dernière étant de 25,5 % (Institut de la Statistique du Québec, 2016). L'étude du revenu familial annuel brut de l'échantillon indique que les participantes de notre échantillon représentent une population plus aisée que la moyenne québécoise, puisque 43,5 % d'entre elles ont un revenu familial annuel brut de plus de 120 000 \$, alors que le revenu familial québécois médian pour cette tranche d'âge se situe à 93 974 \$ (Institut de la Statistique du Québec, 2019).

L'échantillon est issu de la population générale. Les critères d'exclusion étaient que les mères et leurs enfants ne devaient pas : 1) avoir déjà reçu un diagnostic de trouble de santé mentale, 2) prendre de médicaments psychotropes ou 3) être engagées dans une psychothérapie. Pendant une période de 14 jours, il était demandé aux participantes de raconter dès leur réveil et dans leurs mots, sur un enregistreur vocal numérique, tous les rêves faits durant la nuit de manière la plus spontanée et détaillée possible, en mettant l'accent sur les pensées et émotions ressenties ainsi qu'en nommant les personnes ou personnages présents dans leur rêve.

**Validation de la grille.** Mis à part les verbatims de rêves, des données ont été recueillies auprès des participantes lors d'une rencontre de deux heures en laboratoire dans le cadre du projet plus vaste financé par le FRQ-SC, notamment par l'administration de

l'AAI (George, Kaplan, & Main, 1996). La codification de la FR à partir de cette entrevue a été réalisée par une étudiante au programme de doctorat en psychologie formée à l'échelle de cotation de la FR (Fonagy et al., 1998) par Howard Steele (New School for Social Research, New York, 2016). Une codificatrice indépendante certifiée a, pour sa part, coté 20 % des verbatims ( $n = 10/51$ ) afin d'établir l'accord inter juges sur le score global de l'entrevue ( $ICC = 0,97$ ), lequel est considéré comme « excellent » selon les barèmes de Cicchetti (1994). L'échantillon utilisé pour la présente recherche ( $n = 16$ ) provenant de cette étude plus vaste, les données découlant de l'application de l'échelle de cotation de la FR sur l'AAI ont permis de fournir la mesure de FR à l'éveil nécessaire à l'établissement de la validité convergente de l'ÉFRAPO (Mathieu, Achim, & Simard, 2017).

**Objectif 2 : Exploration des liens entre la FR des femmes enceintes, leur niveau d'adaptation à la maternité et la présence de symptômes de DPP à partir des données de l'étude de Lara-Carrasco (2013).**

**Accord inter juges.** Dans un deuxième temps, la grille ÉFRAPO fut appliquée aux verbatims de rêves d'un échantillon de mères ayant pris part à l'étude de Lara-Carrasco (2013), qui a été conduite au Laboratoire des rêves et cauchemars de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM). Préalablement à l'accord inter juges, l'ÉFRAPO fut appliqué par la candidate et la même codificatrice indépendante qu'à l'objectif 1 sur les rêves de cinq participantes enceintes (51 rêves), l'objectif étant de vérifier la validité et la fidélité spécifiquement auprès de femmes enceintes et ce, en discutant des divergences à la

cotation. N'ayant pas de divergences significatives (écart de deux points sur une échelle en neuf points), cette version de la grille a été utilisée pour l'accord inter juges sur 50 % de l'échantillon ( $n = 10/20$ ), soit 109 rêves. La candidate a ensuite coté seule les rêves de l'autre 50 % de l'échantillon de femmes enceintes ( $n = 10/20$ ).

**Description de l'échantillon.** Les participantes de la présente étude ( $n = 20$ ) ont été sélectionnées aléatoirement parmi l'échantillon de 57 femmes enceintes de l'étude de Lara-Carrasco (2013). Il a été déterminé que la grille serait appliquée à ce sous-échantillon de 20 femmes, plutôt qu'à l'ensemble de l'échantillon en raison des exigences inhérentes à un mémoire doctoral. Les critères d'inclusion de l'étude de Lara-Carrasco (2013) étaient : être âgée entre 18 et 40 ans, être en bonne santé, être enceinte de son premier enfant et au 3<sup>ème</sup> trimestre ( $\geq 26$  semaines de grossesse), savoir parler et écrire français et se rappeler d'au moins un rêve par semaine. Les critères d'exclusion étaient la consommation excessive d'alcool ou de drogues, être atteinte d'un trouble mental grave (p. ex., schizophrénie ou autre trouble psychotique), d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux avéré ainsi que des complications obstétricales majeures (p. ex., saignements importants, obligation d'être alitée, menace d'un avortement spontané). Ces femmes ont été recrutées à l'aide de publicités diffusées dans les centres hospitaliers ainsi que par bouche à oreille. Elles ont participé sur une base volontaire. Un montant de 25 \$ leur a été octroyé afin de couvrir les dépenses encourues par leur participation. Une entrevue téléphonique a été effectuée pour vérifier les critères d'inclusion et d'exclusion auprès des participantes potentielles. Elles ont ensuite reçu une série de questionnaires à

compléter puis à retourner par courriel ainsi que le journal de rêves prospectif. Il leur était également demandé de remplir le questionnaire *What Being a Parent of a New Baby is Like – Revised* (WPL-R) ainsi que *l’Inventaire de Dépression Postnatale d’Édimbourg* (IDPE) entre la 10<sup>ème</sup> et la 14<sup>ème</sup> semaine post-partum, et ce, à une seule reprise pour chacun de ces questionnaires. L’échantillon final de la présente étude inclut 20 femmes francophones enceintes (3<sup>ème</sup> trimestre) nullipares âgées de 21 à 37 ans. Concernant le niveau de scolarité de l’échantillon, une participante (5 %) a un diplôme d’études secondaires, sept participantes (35 %) ont un diplôme d’études collégial complété ou un baccalauréat non complété alors que douze participantes (60 %) ont un diplôme universitaire. Ainsi, il appert que la proportion de participantes ayant un diplôme d’études universitaires au sein de notre échantillon est plus élevé quand la population générale, cette dernière étant de 25,5 % (Institut de la Statistique du Québec, 2016). L’étude du revenu familial brut de l’échantillon indique que huit participantes (40 %) se situent dans la tranche de revenu annuel de plus de 75 000 \$, alors que deux participantes (10 %) ont un revenu familial brut de moins de 20 000 \$.

### **Instruments de mesure**

#### **Instrument se rapportant aux deux objectifs de l’étude**

**Échelle de fonction réflexive adaptée aux productions oniriques (ÉFRAPO; Mathieu, Achim, & Simard, 2017; voir Appendice A).** L’ÉFRAPO fut élaborée en se basant tout d’abord sur la définition et le modèle théorique de la mentalisation proposé par Fonagy et ses collègues (Allen & Fonagy, 2006; Allen et al., 2008; Fonagy et al.,

1991; Fonagy, Gergely & Target, 2007), puis en s'inspirant de l'échelle de codification de la FR (Fonagy et al., 1998). Cette échelle de FR est habituellement utilisée à partir de l'AAI et du *Parent Development Interview* (PDI), ce dernier sondant une multitude d'aspects concernant les représentations qu'a le parent de lui-même en tant que parent, de son enfant et du lien qui les unit (Slade, Bernbach, Grienberger, Levy, & Locker, 2005). Il est à noter que les systèmes de codification de la FR à partir de l'AAI et du PDI sont identiques en termes de structure et d'organisation à ce qui a été décrit par Fonagy, Target, Steele et Steele (1998) et qu'ils possèdent de très bonnes propriétés psychométriques. Ces systèmes de codification ne s'appliquant pas tels quels au contenu et au discours onirique, ils ont été adaptés à la suite d'échanges entre la doctorante et les directrices de mémoire, avec la codificatrice indépendante ainsi qu'à partir des écrits scientifiques sur les rêves. Le processus d'élaboration de l'ÉFRAPO est explicité ci-bas.

***Élaboration de l'ÉFRAPO.*** Par souci de cohérence avec les échelles de FR existantes, la cotation sur une échelle numérique allant de -1 à 9 de l'échelle de codification de la FR (Fonagy et al., 1998) a été conservée pour le score global de FR de chaque rêve. La cote la plus basse (-1) est associée à une FR négative se traduisant soit par un refus de se prêter à la réflexion ou encore par des raisonnements bizarres et la cote la plus élevée (9) désigne une FR jugée comme étant exceptionnelle. Certains critères ont été modifiés afin que ces derniers puissent s'appliquer à l'évaluation de la FR à partir de verbatims de rêves plutôt qu'à ceux d'une entrevue avec un examinateur. Ainsi, certains énoncés ont été extraits de l'échelle initiale puis conservés tels quels dans l'ÉFRAPO (p. ex., les critères de

conscience de la nature des états mentaux ainsi que tous les critères relevant de l'effort explicite d'identifier les états mentaux sous-tendant un comportement), d'autres ont été modifiés (p. ex., états mentaux en relation avec l'examineur), alors que certains ont été supprimés (p. ex., les critères impliquant la prise en compte de la perspective développementale et intergénérationnelle). L'ÉFRAPO a également été bonifié à la lumière des particularités des productions oniriques, par exemple en indiquant que les états mentaux peuvent être ceux du rêveur dans son rêve, du rêveur à l'éveil ou des autres personnages du rêve. À noter qu'il a été déterminé que dès qu'un état mental est relevé au sein du récit, une cote minimale de 5 à l'ÉFRAPO est attribuée au rêve et ce, puisque les occasions de faire montre d'une réflexivité sont moins fréquentes qu'à l'AAI ou au PDI, lors desquels des questions de relance sont posées pour susciter la mentalisation. Finalement, la documentation scientifique concernant les particularités des rêves de deux populations cliniques ayant des biais de mentalisation (trouble de personnalité limite et trouble du spectre de l'autisme) a été consultée ainsi que des articles traitant des propriétés des productions oniriques de manière plus générale, ce qui a permis d'ajouter quelques critères d'évaluation, telles que les images contextualisantes, c'est-à-dire une image puissante du rêve qui permet de contextualiser l'émotion du rêveur, sans que celle-ci ne soit explicitement nommée (Hartmann, 2008), la cohérence du narratif (Daoust et al., 2007; Skrzypinska & Szmigielska, 2015; Zanasi et al. 2008) et la recherche de sens.



**Description de la grille.** L'ÉFRAPO se divise en trois dimensions : *États mentaux* (dimension principale), *Cohérence* (dimension complémentaire) et *Recherche de sens* (dimension complémentaire). Un score individuel pour la dimension principale est établi, puis des points sont ajoutés en fonction du score à la dimension complémentaire *Recherche de sens* ou un point est retiré si l'examineur juge qu'il y a bris de la cohérence du narratif (dimension complémentaire *Cohérence*). Le score ainsi obtenu représente le score global de FR pour un rêve donné. Toutes les données sont consignées sur une feuille de cotation (Appendice A). Afin de calculer le score de FR onirique globale d'une participante, une moyenne des scores globaux de FR à chacun de ses rêves est effectuée.

**La dimension principale : États mentaux.** La dimension principale *États mentaux* se divise en deux volets, puisque la mentalisation peut être implicite, c'est-à-dire automatique, intuitive et non consciente (Cherrier, 2014) ou explicite en étant consciente, contrôlée et réfléchie (Allen et al., 2008). De plus, en ce qui concerne la cotation des productions oniriques, les états mentaux peuvent se présenter comme étant ceux du rêveur dans son rêve, du rêveur à l'éveil ou comme étant ceux des autres personnages du rêve. Ainsi, en ce qui concerne la mentalisation explicite, le codeur est amené à identifier la présence d'émotions, besoins, désirs, pensées, croyances ou intentions clairement formulés dans le récit (p. ex., « *J'étais triste* », « *J'avais vraiment envie d'aller la voir* », « *Je ne pensais pas que cela allait lui faire de la peine* »). La présence d'un ou plusieurs états mentaux fait augmenter la cote de FR. Le codeur doit également relever dans le discours s'il y a présence ou non des critères suivants : 1) effort explicite d'identifier un

état mental sous-tendant un comportement, 2) attribution juste de cet état mental, 3) capacité d'envisager qu'un sentiment puisse découler d'aspects non observables d'une situation, 4) reconnaissance de différentes perspectives, 5) prise en considération que son propre état mental puisse jouer sur l'interprétation des comportements des autres et d'une capacité à reconnaître le potentiel impact qu'un état mental puisse avoir sur un comportement (ou un autre état mental) par rapport à soi ou aux autres, 6) prise en considération que la façon dont les autres nous perçoivent influence nos actions et réactions ainsi que celles des autres à notre égard ou 7) capacité à se rappeler et penser les états mentaux de manière spontanée et vivide. Finalement, le codeur doit déterminer s'il y a une conscience des états mentaux dans le discours, notamment par la présence des éléments suivants : 1) compréhension de l'opacité des états mentaux, 2) compréhension que les états mentaux peuvent être volontairement masqués ou 3) reconnaissance des limitations de la capacité à savoir ce qui se passe dans l'esprit d'une autre personne. Puisque l'opacité et la reconnaissance des limitations de la capacité à savoir ce qui se passe dans l'esprit d'une autre personne sont très similaires, s'il y a présence des deux éléments dans un verbatim, seulement un des deux devrait être pris en considération pour le score de FR. En ce qui a trait à la mentalisation implicite, le codeur doit également déterminer s'il y a présence d'une image contextualisante (IC) au sein du rêve, c'est-à-dire qu'une image puissante permet de contextualiser l'émotion du rêveur, sans que celle-ci ne soit explicitement nommée (Hartmann, 2008). Il est possible de coter une IC selon différents degrés de puissance de l'image (p.ex., un raz-de-marée serait beaucoup plus puissant que des gens dans des vêtements colorés et brillants qui dansent dans une pièce),

ce qui influencera le score à la dimension *États mentaux*. La mentalisation implicite peut également se présenter sous forme de réactions, de paroles ou de comportements dénotant une réponse automatique, intuitive et non consciente (p. ex., ajuster son ton de voix lorsqu'on discute avec quelqu'un qui est triste) ou dans le lien du rêveur avec l'examineur par la présence de mises en contexte (p. ex., « *Isabelle, c'est ma cousine dans la vraie vie* »), de préambules, de formules de fin (p. ex., « *Merci. Passez une belle journée* »), tout cela indiquant que le rêveur est conscient qu'il sera écouté ou lu et que, conséquemment, son discours doit être compréhensible pour l'autre. Finalement, le codeur doit identifier s'il y a présence de contre-exemples ou d'un aspect défensif face à l'exploration du monde interne, de telles verbalisations étant conçues comme une forme d'annulation ou d'entrave à la mentalisation .

***Dimension complémentaire : Cohérence.*** Le contenu d'un rêve est souvent en soi étrange, bizarre et ardu à rapporter. Ainsi, c'est la cohérence du rapport de rêve plutôt que du rêve en tant que tel qui est évaluée ici. En effet, dans l'ÉFRAPO, la cohérence est définie comme étant la capacité à offrir un récit clair, compréhensible et détaillé. Cela signifie que le lecteur n'a pas besoin de fournir un effort ou d'utiliser son imagination afin de comprendre le rêve. Le score de cohérence est donc basé principalement sur l'impression générale à la lecture d'un récit plutôt que sur des indices ponctuels et circonscrits d'incohérence. Différents exemples de récit cohérent et de récits incohérents ou de bris à la cohérence sont explicités dans la grille de référence de la cotation de la dimension complémentaire *Cohérence*. Si le récit est généralement cohérent, le codeur n'a

pas besoin d'enlever de point. Toutefois, s'il y a bris de la cohérence, le codeur doit enlever un point lorsqu'il calcule le score global de FR du rêve.

***Dimension complémentaire : Recherche de sens.*** Le rêveur peut parfois prendre une perspective originale et surprenante concernant sa production onirique. Il peut notamment effectuer des liens autobiographiques ou tenter de comprendre la symbolique de son rêve en lien avec les situations de sa vie. Cela pourrait aussi montrer qu'il comprend que son rêve vise à assimiler, maîtriser et résoudre les préoccupations qu'il a à l'éveil. Il peut s'agir de liens simples (p. ex., « *C'est drôle parce que j'ai vu cette amie-là hier, j'imagine que c'est peut-être une raison pourquoi j'ai rêvé à elle cette nuit* ») ou d'un lien élaboré, qui relèverait davantage d'une recherche de sens de la symbolique du rêve en lien avec ses traits de personnalité ou de vie actuelle, passée ou future. En somme, il s'agit d'une perspective originale et surprenante. Le codeur doit, à la lecture du rêve, déterminer s'il y a présence d'une recherche de sens et, si c'est le cas, attribuer une cote entre 1 et 2,5 points (1 = lien simple, 2,5 = recherche de la symbolique du rêve) en se fiant à la grille de cotation spécifique pour la dimension *Recherche de sens*, qu'il ajoutera ensuite au score global du rêve.

### **Instruments de collecte auprès de l'échantillon de développement et de validation de l'ÉFRAPO (objectif 1)**

**Questionnaire sociodémographique (voir Appendice B).** Un questionnaire sociodémographique maison a été rempli par les participantes concernant des informations

sur le revenu familial, le niveau de scolarité, la langue parlée à la maison et la composition familiale.

**Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan, & Main, 1996).** L'AAI consiste en une entrevue semi-structurée portant sur les expériences d'enfance avec les figures d'attachement. Cette entrevue a été développée afin d'évaluer l'attachement via une analyse du discours selon le système de George, Kaplan et Main (1996). Les qualités psychométriques concernant la validité et la fidélité test-retest du système de cotation de l'attachement sont excellentes et bien documentées (Hesse, 2008). Un système de cotation de la FR à partir de l'AAI (Fonagy et al., 1998; voir description ci-dessous) a également été développé. C'est ce système de cotation qui est utilisé dans le cadre de la présente étude.

**Description de l'entrevue.** La première partie de l'entrevue consiste en des questions globales, lesquelles portent sur la situation familiale et la relation entretenue avec les figures d'attachement principales. Par la suite, il est demandé à l'individu de déterminer des adjectifs caractérisant chacune de ces relations, puis de raconter des épisodes spécifiques permettant l'illustration de chacun des mots choisis. Puis, les questions portent sur les expériences passées de détresse physique ou psychologique (blessure, maladie, première séparation d'avec les parents, expérience de rejet, menace/abus physique ou sexuel), tout en demandant à l'individu leur impact perçu sur son développement et sa personnalité actuelle. Finalement, la dernière portion de l'entrevue se concentre sur les

autres figures d'attachement importantes dans la vie de l'individu, les expériences probables de perte relationnelle vécues à tout moment au cours du développement et les modifications survenues dans les relations avec les figures d'attachement principales depuis l'enfance. Il est demandé à la personne d'élaborer sur l'état de ses relations actuelles avec ces dernières et, pour conclure, sur sa conduite avec son ou ses propre.s enfant.s (réel.s ou imaginé.s).

***Système de cotation de la FR.*** Un système de codification de la FR (Fonagy et al., 1998) peut également être appliqué à l'AAI. La FR est déterminée sur la base de la capacité de l'adulte à 1) être conscient de la nature des états mentaux, 2) fournir un effort explicite pour émettre des hypothèses sur les états mentaux sous-tendant les manifestations comportementales, 3) reconnaître les aspects développementaux des états mentaux et 4) reconnaître les états mentaux dans la relation à l'examineur (Fonagy et al., 1998). La FR est cotée sur une échelle de Likert allant de -1 à 9, selon le degré de réflexivité observé quant à différentes questions prédéterminées. La cote la plus basse (-1) est associée à une FR négative se traduisant soit par un refus de se prêter à la réflexion ou encore par des raisonnements bizarres (Fonagy et al., 1998). La cote de FR attendue au sein de la population générale est de 5, témoignant d'une capacité à tenir compte de ses propres états mentaux et de ceux d'autrui de manière adéquate, mais sans sophistication. Finalement, la cote la plus élevée (9) désigne une FR jugée comme étant exceptionnelle, prenant en considération un grand nombre d'états mentaux mis en relation les uns avec les autres ainsi que la dimension causale d'un état mental et de son influence sur les

perceptions, croyances et désirs en découlant. Une cote globale est ensuite attribuée à chaque participant, représentant le niveau prépondérant de FR pour l'ensemble de l'entrevue (Fonagy et al., 1998).

### **Instruments de collecte auprès de l'échantillon de femmes enceintes (objectif 2)**

**Questionnaire sociodémographique (Lara-Carrasco, 2013; voir Appendice C).** Le questionnaire sociodémographique comprend des informations concernant l'âge, la grossesse, le statut marital, le revenu familial, le niveau d'éducation, l'histoire personnelle et les problèmes psychiatriques. Ces données seront utilisées pour les analyses descriptives de l'étude.

**Journal de rêves prospectif (Lara-Carrasco, 2013; voir Appendice D).** Le journal de rêves consiste en une méthode de collecte de données prospective inspirée des modèles couramment utilisés au Laboratoire des rêves et cauchemars de l'HSCM, la recherche de Lara-Carrasco (2013) s'étant déroulée en collaboration avec des chercheurs affiliés à ce centre hospitalier. Ce journal est à compléter pendant une période de 14 jours, soit la période minimale pour obtenir une stabilité acceptable de la mesure de la fréquence de rappel de rêves (Schredl & Fulda, 2005). Dans ce journal quotidien, les participantes peuvent décrire jusqu'à trois rêves sur une période de 24 heures et répondre aux questions par rapport à diverses caractéristiques de leur sommeil ainsi que leurs rêves (p. ex., clarté de rappel onirique, valence affective générale).

**Questionnaire *What Being a Parent of a New Baby is Like – Revised* (WPL-R; Pridham & Chang, 1989 traduit et validé en français par Dulude, Wright, & Bélanger, 2000).** Le WPL-R est un questionnaire d'évaluation de l'adaptation subjective de la femme à la maternité. Il s'adresse spécifiquement aux nouvelles mères d'un premier bébé. Les résultats de la validation de l'équipe de Dulude, Wright et Bélanger (2000) montrent un alpha de Cronbach variant de 0,77 à 0,81 (bonne cohérence interne). Le WPL-R est un questionnaire de 25 items utilisant une échelle de type Likert (p. ex., 1 = Pas du tout à 9 = Énormément). Il permet de mesurer l'évaluation personnelle de l'expérience de la maternité sur trois sous-échelles, soit la satisfaction (11 items mesurant la satisfaction liée au parentage et aux soins du bébé ainsi que le niveau de connaissance de la femme concernant son bébé), le changement (6 items concernant les changements apportés par la maternité dans les sphères de la vie personnelle et relationnelle, le sentiment de stress perçu) et la centralité (8 items évaluant le degré avec lequel le bébé, les soins du bébé et la santé du bébé occupent une place centrale dans les pensées de la femme). En ce qui concerne plus spécifiquement l'échantillon de 57 participantes de l'étude de Lara-Carrasco (2013), dont provient les participantes enceintes de la présente étude, des alphas de Cronbach ont été calculés pour chacune des sous-échelles satisfaction ( $\alpha = 0,89$ ), changement ( $\alpha = 0,75$ ) et centralité ( $\alpha = 0,64$ ).

**Inventaire de dépression postnatale d'Édimbourg (IDPE; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987 traduit et validé en français par Guedeney & Fermanian, 1998).** L'IDPE est un questionnaire de 10 items évaluant les symptômes de dépression durant la



grossesse et la période post-natale. Les questions de l'IDPE sondent la présence de symptômes de dépression au cours des sept derniers jours sous la forme d'une échelle de type Likert en 4 points, représentant une gradation de la symptomatologie en fonction de la question posée (p.ex., 1= Oui, la plupart du temps, 4 = Non, jamais). Le score global varie ainsi entre 0 et 30; un score plus élevé indique un plus haut niveau de dépression (Cox et al., 1987). Les consignes requièrent d'encrer le chiffre correspondant à la réponse se rapprochant le plus de l'état affectif de la femme au cours des sept derniers jours. Lors de l'étude de Lara-Carrasco (2013), l'IDPE a été administré pendant le 3<sup>ème</sup> trimestre (Cronbach  $\alpha = 0,77$ ) ainsi qu'en post-partum (Cronbach  $\alpha = 0,83$ ). L'IDPE présente une sensibilité de 86 % (proportion des femmes recevant un diagnostic de dépression correctement identifiées par l'échelle) ainsi qu'une spécificité de 78 % (proportion de femmes non déprimées correctement identifiées par l'échelle) et ce, tant pour la dépression mineure que majeure (Cox et al., 1987). Une étude de validation de la version française de l'IDPE révèle que l'outil présente des qualités psychométriques satisfaisants. Il permet à la fois le dépistage précoce des mères à risque de développer une DPP et, dans les premières semaines du post-partum, celui des mères qui présentent une DPP (Teissedre & Chabrol, 2004).

### **Considérations éthiques**

Les données utilisées pour la réalisation du présent mémoire doctoral proviennent de projets de recherche ayant déjà été approuvés, tout d'abord par le Comité éthique et de la recherche de la Faculté des lettres et science humaine de l'Université de Sherbrooke

(CÉR-LSH) en ce qui concerne l'objectif 1 (numéro de projet 2012-1215, chercheuse principale : Valérie Simard, Ph.D.), de même que par le comité éthique de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (numéro de projet 2003-03-45, chercheur principal : Dr. Tore Nielsen) en lien avec l'objectif 2.

### **Analyses statistiques**

En lien avec l'objectif 1, le niveau d'accord inter juges a été établi en ayant recours à des corrélations intra-classes mixtes à deux facteurs afin d'évaluer le niveau d'accord entre les codificatrices pour les échelles continues, notamment le score global de FR ainsi que la dimension principale *États mentaux* dont l'étendue se situe entre -1 et 9 ainsi que pour la dimension complémentaire *Recherche de sens*, dont l'étendue se situe entre 0 et 2,5. Un coefficient kappa de Cohen a été calculé pour quantifier l'accord sur les scores catégoriels (dimension complémentaire *Cohérence*). Toujours en lien avec l'objectif 1, la validité convergente de l'ÉFRAPO a été évaluée par des corrélations bivariées de Pearson entre les scores de FR dérivés de cette grille dans les rêves et les scores obtenus à partir de l'application de l'échelle de FR élaborée par Fonagy et ses collègues (1998) aux verbatims d'AAI.

En ce qui concerne l'objectif 2, l'accord inter juges a été calculé de la même façon que pour l'objectif 1. Puis, des corrélations bivariées de Pearson ont permis d'explorer les liens entre la FR dans les rêves de femmes enceintes et les scores d'adaptation post-partum pour chacune des sous-échelles du WPL-R, ainsi que les scores à l'IDPE en prénatal et

postnatal. Des corrélations partielles ont également été effectuées afin d'explorer les liens entre la FR onirique et les mesures d'adaptation et de symptômes dépressifs (WPL-R, IDPE) et ce, en contrôlant pour le niveau de scolarité de la participante pour les analyses impliquant le WPL-R ainsi que le nombre moyen de mots par rêve pour les analyses concernant la fonction réflexive onirique et l'IDPE prénatal et postnatal. Ces covariables à contrôler ont été ciblées suite à des corrélations d'ordre zéro entre les variables sociodémographiques (âge, niveau de scolarité, revenu familial annuel), la moyenne du nombre de mots par rêve, l'IDPE prénatal et postnatal ainsi que les sous-échelles du WPL-R, la FR onirique ainsi que les états mentaux.

L'examen des données a amené à réaliser un certain nombre d'analyses exploratoires, en plus des analyses associées aux objectifs de départ. Ainsi, afin d'explorer les liens entre la variabilité des scores globaux de FR d'un rêve à l'autre, les mesures d'adaptation à la maternité (WPL-R) et les scores à l'IDPE en prénatal ainsi qu'en postnatal, des corrélations bivariées de Spearman ont été utilisées, en raison d'une distribution déviant notablement de la courbe normale pour la variabilité de la FR onirique. Finalement, des analyses de covariance (ANCOVA) et de variance (ANOVA) ont été effectuées afin de comparer les deux échantillons concernant leurs scores à l'ÉFRAPO. Cela a ainsi permis de déterminer si la FR onirique est distincte entre les femmes de la population générale et les femmes enceintes et ce, en contrôlant ou non pour l'âge des participantes.

## Résultats

Cette section détaillera dans un premier temps les analyses statistiques permettant de vérifier la fidélité et la validité de la grille ÉFRAPO (objectif 1). Dans un deuxième temps, les résultats de l'application de la grille à des verbatims de rêves de femmes enceintes seront rapportés afin d'explorer les liens entre la FR onirique, le niveau d'adaptation à la maternité et de symptômes DPP (objectif 2).

**Premier objectif : Validation de l'*Échelle de fonction réflexive adaptée aux productions oniriques* (ÉFRAPO)**

**Fidélité inter juges et statistiques descriptives de l'échantillon**

Subséquentement à l'élaboration de la grille ÉFRAPO, l'accord inter juges final effectué par la candidate et une codificatrice indépendante a montré un accord excellent. Le tableau 1 présente le résultat de l'inter juges ainsi que les statistiques descriptives de l'échantillon en lien avec les différentes dimensions de la grille ÉFRAPO.

En ce qui concerne la variable dichotomique *Cohérence*, 81,1 % des participantes n'ont présenté aucun bris de cohérence dans leurs récits alors que 18,9 % ont présenté au moins un bris à la cohérence. Ainsi, en raison de la trop faible variabilité dans la dimension complémentaire *Cohérence* ainsi que dans la *Recherche de sens* (voir Tableau 1), l'inter juges n'a pu être calculé. Ces variables ont donc été exclues des analyses subséquentes.

Tableau 1

*Statistiques descriptives de l'échantillon pour chaque dimension de l'ÉFRAPO et accords inter juges obtenus avec des coefficients intra-classes mixtes à deux facteurs*

Dimension	<i>n</i>	Étendue théorique	Étendue	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>Med</i>	ICC version finale et ajustée de l'ÉFRAPO	Interprétation de l'accord
Score global de FR du rêve	16	-1 à 9	2,69- 7,75	4,93	1,54	4,71	0,92*	Excellent
Dimension principale <i>États mentaux</i>	16	-1 à 9	2,50- 7,64	4,87	1,53	4,81	0,91*	Excellent
Dimension complémentaire <i>Recherche de sens</i>	16	0 à 2,5	0-1,25	0,14	0,31	0,00	Incalculable	

*Med* = Médiane.

\* $p < 0,05$ .

### Validité convergente

Afin d'obtenir un score de FR onirique pour chaque participante, la moyenne des scores globaux de FR à chacun de leurs rêves a été effectuée. L'examen visuel de la distribution a permis de constater que les variables de FR onirique et de FR à l'éveil sont normalement distribuées. La validité convergente de l'ÉFRAPO a été évaluée via une corrélation bivariée de Pearson entre les scores de FR onirique et les scores de FR à l'éveil, et ce pour l'ensemble de l'échantillon ( $n = 16$ ). Les résultats révèlent une corrélation significative de grande taille ( $r = 0,53$ ,  $p = 0,034$ ). Une corrélation bivariée de Pearson a été effectuée entre les scores de FR à l'éveil et le score à la dimension principale *États*

*mentaux* pour toutes les participantes ( $n = 16$ ). Bien que non significatif, ce lien est à la limite du seuil de signification et donc une tendance non-significative est observée ( $r = 0,49, p = 0,08$ ).

## **Deuxième objectif : Exploration des liens entre la FR des femmes enceintes, leur niveau d'adaptation à la maternité et des symptômes de DPP**

### **Accord inter juges et statistiques descriptives de l'échantillon**

L'accord inter juges quant au score global de FR onirique ainsi qu'à la dimension principale *États mentaux* s'avère excellent dans cet échantillon de femmes enceintes. Le Tableau 2 présente le résultat de l'accord inter juges ainsi que les statistiques descriptives de l'échantillon de femmes enceintes en lien avec les différentes dimensions de la grille ÉFRAPO.

Tableau 2

*Statistiques descriptives de l'échantillon et accord inter juges obtenus avec des coefficients intra-classes mixtes à deux facteurs*

Dimension	$n$	Étendue	$M$	$ÉT$	$Med$	ICC	Interprétation de l'accord
Score global de FR du rêve	20	2,55-7,47	4,38	1,21	4,35	0,93*	Excellent
Dimension principale <i>États mentaux</i>	20	2,55-7,40	4,26	1,25	4,31	0,93*	Excellent
Dimension complémentaire <i>Recherche de sens</i>	20	0-0,43	0,06	0,10	0,02	Incalculable	

$Med$  = Médiane.

\* $p < 0,05$ .

En ce qui concerne la dimension complémentaire *Cohérence*, 90 % des participantes n'ont présenté aucun bris à la cohérence dans leurs récits oniriques, alors que 10 % ont au moins un bris à la cohérence. Ainsi, en raison de la trop faible variabilité dans la *Cohérence* ainsi que dans la *Recherche de sens* (Tableau 2), l'accord inter juges n'a pu être calculé. Ces variables ont donc été exclues des analyses subséquentes.

Le Tableau 3 présente les statistiques descriptives des résultats obtenus aux questionnaires IDPE (prénatal et postnatal) ainsi qu'aux trois sous-échelles du WPL-R.

Tableau 3

*Statistiques descriptives des résultats obtenus aux questionnaires WPL-R et IDPE pour l'échantillon de femmes enceintes (n = 20)*

Questionnaire	Seuil clinique	Étendue	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>Med</i>
WPL-R : Centralité	nd	5,88-7,38	6,56	0,46	6,57
WPL-R : Changement	nd	2,33-8	6,17	1,23	6,33
WPL-R : Satisfaction	nd	5,73-9	7,95	0,93	8,14
IDPE prénatal	>12	0-12	4,80	3,46	4,50
IDPE postnatal	>12	0-14	3,90	4,06	2,00

*Med* = Médiane.

Les analyses corrélationnelles qui suivent ont été effectuées en considérant uniquement le score global de FR onirique qui corrèle fortement et significativement ( $r = 0,98$ ,  $p < 0,001$ ) avec la dimension principale *États mentaux*, tout en s'avérant une mesure plus englobante.



### **Liens entre la FR onirique, l'adaptation à la maternité ainsi que la dépression prénatale et postnatale**

Des corrélations bivariées de Pearson ont été calculées entre le score de FR onirique et le score au WPL-R en postnatal ainsi qu'avec l'IDPE prénatal et postnatal afin d'explorer les liens entre la FR onirique prénatale, l'adaptation à la maternité et les symptômes de DPP. Aucune corrélation significative n'a été obtenue entre le score moyen de FR onirique et les résultats obtenus ou au WPL-R ou à l'IDPE (prénatal et postnatal) (voir Tableau 4). Toutefois, bien que non significatives, les corrélations entre la FR onirique et l'IDPE sont de taille moyenne.

Afin de déterminer s'il y a lieu de contrôler l'effet de certaines variables dans les analyses, des corrélations bivariées de Pearson ont été effectuées entre les variables sociodémographiques (âge, niveau de scolarité, revenu familial annuel), la moyenne du nombre de mots par rêve, les sous-échelles du WPL-R, l'IDPE prénatal et postnatal, la FR onirique ainsi que les états mentaux oniriques (Tableau 4). Les variables à contrôler retenues pour les analyses sont 1) le nombre moyen de mots par rêve en lien avec la FR onirique, l'IDPE prénatal et postnatal ainsi que 2) le niveau de scolarité des femmes enceintes en lien avec le WPL-R. Par la suite, des corrélations partielles ont été réalisées entre la FR onirique et les autres variables d'intérêt (dépression pré- et post-natale, adaptation à la maternité), en contrôlant pour les variables sociodémographiques précédemment identifiées. Il appert que les résultats demeurent les mêmes, c'est-à-dire qu'ils demeurent non significatifs.

Tableau 4  
*Analyses corrélationnelles pour l'échantillon de femmes enceintes (n = 20)*

Variable	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Âge	-0,38	-0,45*	0,33	0,04	-0,35	-0,23	0,37	0,24	0,38	0,30
2. ÉFRAPO : FR onirique		0,98**	-0,20	-0,01	0,86**	0,16	-0,21	-0,16	-0,35	-0,32
3. ÉFRAPO : États mentaux			-0,17	-0,01	0,86**	0,17	-0,22	-0,15	-0,37	-0,35
4. Niveau de scolarité			1,00	0,20	-0,06	-0,46*	0,38	-0,08	0,17	0,43
5. Revenu familial					0,13	0,18	0,04	0,08	-0,39	-0,14
6. Nombre de mots par rêves						0,24	-0,17	-0,12	-0,53*	-0,49*
7. WPL-R : Satisfaction							-0,39	0,27	-0,56*	-0,48*
8. WPL-R : Changement								0,10	0,48*	0,26
9. WPL-R : Centralité									-0,07	-0,17
10. IDPE prénatal										0,74**
11. IDPE postnatal										

\* $p < 0,05$  (bilatéral). \*\* $p < 0,01$  (bilatéral).

### **Analyse supplémentaire exploratoire : comparaison de la FR onirique entre les mères (échantillon 1) et les femmes enceintes (échantillon 2)**

Une analyse de la variance (ANOVA) simple a été effectuée afin de vérifier si la FR onirique est équivalente dans les deux échantillons. Cette analyse n'a pas détecté de différence significative entre les groupes ( $F(1, 34) = 1,45, p = 0,24$ ). Les deux groupes de femmes ne diffèrent pas non plus quant à leur FR onirique moyenne lorsque l'âge est entré comme co-variable (ANCOVA). En effet, cette analyse ne révèle pas de différence significative entre les groupes ( $F(2, 33) = 0,91, p = 0,41$ ). Ainsi, l'ÉFRAPO semble avoir permis d'obtenir des résultats similaires de FR onirique au sein des deux groupes.

### **Analyse supplémentaire exploratoire : variabilité des scores globaux de FR d'un rêve à l'autre**

Afin d'explorer la possibilité que les variables périnatales soient associées à la variabilité de la FR onirique (plutôt qu'à un score moyen), l'écart-type dans les scores de FR onirique pour chacune des participantes a d'abord été calculé. Puisque cette variable n'était pas normalement distribuée, des corrélations de Spearman ont ensuite été effectuées entre ce score de variabilité et les variables périnatales (voir Tableau 5).

Tableau 5

*Coefficients de corrélation de Spearman entre la variabilité du score de FR onirique et les résultats aux questionnaires WPL-R et IDPE concernant la période périnatale (n = 20)*

Questionnaires	Variabilité de la FR d'un rêve à l'autre
WPL-R : Satisfaction	-0,12
WPL-R : Changement	0,35
WPL-R : Centralité	-0,17
IDPE prénatal	0,48*
IDPE postnatal	0,20

\* $p < 0,05$  (bilatéral).

La variabilité des scores de FR d'un rêve à l'autre chez une même participante est significativement et modérément corrélée à son score à l'IDPE en prénatal. De plus, la corrélation entre la variabilité du score de FR onirique et l'IDPE en postnatal présente également un effet de taille moyenne, bien que non significatif.

## **Discussion**

La présente étude avait deux objectifs, soit 1) le développement et la validation de l'ÉFRAPO et 2) l'application de l'ÉFRAPO auprès d'un échantillon de femmes enceintes afin d'explorer la relation entre leur FR, leur niveau d'adaptation à la maternité et de symptômes de DPP. Dans cette section, les résultats présentés précédemment seront discutés, puis les forces et les limites de l'étude seront exposées . Finalement, les pistes de recherches futures ainsi que les retombées des résultats seront détaillées.

**Fidélité et validité de l'*Échelle de fonction réflexive adaptée aux productions  
oniriques* (ÉFRAPO)**

Les résultats obtenus dans le cadre du présent mémoire doctoral indiquent que l'ÉFRAPO présente une excellente fidélité inter juges au sein des deux échantillons de l'étude ainsi qu'une bonne validité convergente avec l'échelle de FR élaborée par Fonagy et ses collègues (1998) appliquée sur l'AAI et ce, chez des mères d'un échantillon non-clinique. Cette validité de convergence peut en outre appuyer l'hypothèse de continuité entre la vie onirique et l'éveil (Calvin Hall; 1953; Hall & Nordby 1972), du moins au sein de cet échantillon non clinique.

Les résultats des analyses descriptives effectuées permettent de constater que la moyenne du score global de FR onirique, dont l'étendue théorique est comprise entre -1 et 9, s'avère de 4,93 au sein de l'échantillon de mères alors qu'il est de 4,38 chez les femmes enceintes de notre étude. Ces scores globaux de FR du rêve obtenus au sein des deux échantillons correspondent approximativement à un score de FR moyen selon Fonagy et al. (1998), suggérant une bonne validité de la mesure dans les deux échantillons de femmes. Afin d'obtenir une cote de 5 à l'ÉFRAPO, qui représente le score de FR moyen, les récits oniriques devaient comprendre soit un état mental nommé explicitement avec élaboration simple (p.ex., « *Je suis frustrée que mon patron m'ait donné cette tâche-là à faire* ») ou la présence d'une image contextualisante ayant obtenu une cote de 1,5-2, c'est-à-dire que, selon Hartmann (2008), une image du rêve est marquante et varie entre être peu ou assez puissante, vivide et détaillée (p. ex., « (...) *j'ai rêvé que j'ai chevauché. J'avais un beau cheval blanc* (...) »).

L'étendue des scores, tant de l'échantillon de mères (2,69-7,75) que celui de femmes enceintes (2,45-7,47), montre qu'aucune participante n'a obtenu de très faibles niveaux de FR (-1, 0 et 1). Ce résultat pourrait toutefois s'expliquer par le fait que les critères d'exclusion des deux études desquelles sont issues nos échantillons comprenaient le fait de ne pas souffrir d'une psychopathologie, d'avoir vécu des problèmes de consommation ainsi que des complications obstétricales majeures en ce qui concerne l'échantillon de femmes enceintes. Ainsi, certains facteurs de risque associés à une faible FR ont été élagués dès le recrutement de l'échantillon. Notons de surcroît que, lors de la validation

de l'échelle de FR élaborée par Fonagy et ses collègues (1998), aucun score de -1 ou 0 n'avait été attribué puisque ce n'est que lors d'entretiens subséquents avec des populations cliniques qu'ils ont été ajoutés à la grille de cotation, ce qui corrobore notre hypothèse. À l'inverse, l'absence de scores très élevés (8 et 9) pourrait tout d'abord s'expliquer par le fait que la recherche de sens n'était pas explicitement demandée aux participantes ce qui, dans le cas contraire, aurait pu mener à des cotes globales plus élevées. À titre d'exemple, une participante qui obtiendrait un score de 5 à la dimension principale *États mentaux* et ne présenterait pas de bris de la cohérence pourrait se voir attribuer un score global de FR du rêve jusqu'à 7,5 si elle présentait une recherche de sens élaborée à son rêve (p.ex., recherche de la symbolique). L'absence de scores très élevés pourrait également être expliquée par le fait qu'il s'agit de cotes rarement observées au sein de la population générale et clinique. En effet, une étude menée par Sleet, Slade et Fonagy (2020) a montré que, malgré l'hétérogénéité de leur échantillon, aucun parent n'a obtenu de score indiquant une FR exceptionnelle (score de 9).

### **Particularités liées aux dimensions complémentaires de l'ÉFRAPO**

Les statistiques descriptives montrent une faible différence entre le score global de FR du rêve et la dimension principale *États mentaux*, et ce, tant au niveau de la moyenne que de l'étendue. Ainsi, les dimensions complémentaires *Cohérence* et *Recherche de sens* ont une faible variabilité et peu d'impact sur le score global de FR du rêve; elles ont donc été exclues des analyses. Toutefois, ces dimensions sont conservées au sein de la grille pour deux raisons, la première étant que l'ÉFRAPO n'a pas été validée auprès d'échantillons



représentatifs de la population générale ou cliniques. À titre d'exemple, les écrits scientifiques permettent de constater l'existence de difficultés au plan de la cohérence dans les récits recueillis suite à l'administration de l'AAI chez les individus ayant vécu de la maltraitance pendant l'enfance (Berthelot, Ensink, & Normandin, 2013). Chez les personnes à l'attachement insécurisant préoccupé, le discours présente de nombreuses digressions, des phrases incomplètes et souvent hors sujet (Chahraoui & Vinay, 2014). En ce qui concerne des patients schizophrènes, des chercheurs ont trouvé des différences significatives dans les paramètres textuels, montrant que les récits oniriques de cette population clinique diffèrent de ceux du groupe de contrôle : complexité syntaxique réduite, difficultés au plan de la cohérence, récits désordonnés remplis de propos non pertinents et qui dévient du sujet, mots rares, néologismes ainsi que difficultés dans l'accès lexical (Zanasi et al., 2008). Ainsi, il est possible qu'un discours onirique incohérent puisse émerger chez des personnes ayant vécu des traumatismes dans l'enfance, présentant un attachement insécurisant préoccupé (un style d'attachement peu prévalent dans la population générale), ou souffrant d'une psychopathologie. Toutefois, au sein de l'échantillon de la présente étude, où la psychopathologie était un motif d'exclusion, seulement 18,7 % des participantes ont présenté un bris de la cohérence dans un rêve, proportion qui pourrait possiblement être plus élevée et avoir un effet sur le score global de FR au rêve ainsi que la FR onirique si l'ÉFRAPO était mise à l'épreuve en population clinique.

À l'inverse, la propension naturelle de certains rêveurs à chercher un sens à leurs contenus oniriques peut témoigner non seulement d'une FR particulièrement sophistiquée (Bateman & Fonagy, 2013), mais pourrait également démontrer une certaine intuition chez ces derniers de la présence d'une continuité entre la vie diurne et nocturne (Hall, 1953). Ainsi, conserver la dimension complémentaire *Recherche de sens* pourrait permettre d'accroître la sensibilité de l'ÉFRAPO afin de pouvoir distinguer les personnes ayant une FR onirique « marquée » ou « exceptionnelle », bien que cela soit peu observé (Sleed et al., 2020), et agir comme un levier au niveau thérapeutique, quel que soit le score obtenu à cette dimension complémentaire. En effet, un thérapeute pourrait susciter la réflexivité chez un patient en lui posant des questions l'amenant à aller au-delà du contenu « observable » du rêve, par exemple en tentant d'identifier la thématique de celui-ci (parfois récurrente) ou en invitant le rêveur à poser des hypothèses quant à la symbolique de l'imagerie onirique. En somme, tant les dimensions *Cohérence* que *Recherche de sens* semblent à conserver au sein de l'ÉFRAPO puisqu'elles n'ont pas encore été mises à l'épreuve à l'aide d'un grand échantillon représentatif de la population générale et de populations cliniques. De plus, elles peuvent s'avérer pertinentes au niveau qualitatif en psychothérapie. Par exemple, le fait d'être soutenu dans la capacité à construire un narratif cohérent peut aider la personne à se construire une image et une compréhension d'elle-même plus claire et plus cohérente, lui permettant de s'observer, de prévoir ses réactions aux événements et à autrui ainsi que de tenter de se réguler tout en s'ajustant à l'autre.

### **Exploration des liens entre la FR des femmes enceintes, leur niveau d'adaptation à la maternité et les symptômes de DPP**

Le second objectif de cette recherche visait à appliquer l'ÉFRAPO à des rêves de femmes enceintes au troisième trimestre de grossesse afin d'explorer les liens entre leur FR onirique, leur niveau d'adaptation à la maternité et la présence de symptômes de DPP. Les résultats obtenus auprès de femmes enceintes n'ont révélé aucune association significative entre la FR onirique au troisième trimestre de grossesse, l'adaptation à la maternité et la dépression périnatale (prénatale et postnatale).

Tout d'abord, l'absence de lien significatif entre la FR onirique et l'adaptation à la maternité pourrait s'expliquer en partie par le manque d'une définition opérationnelle de ce dernier concept. En effet, bien que l'utilisation de questionnaires soit intéressante afin d'obtenir des scores précis à des échelles données, l'adaptation à la maternité est décrite dans le cadre de la présente étude comme étant l'évaluation subjective positive d'une mère face à son rôle de parent, à son enfant, aux changements associés à la maternité et à son bien-être psychologique durant la période post-partum. Il est donc possible que, si l'évaluation de l'adaptation à la maternité avait été effectuée à l'aide d'un entretien clinique, les résultats au niveau de cette sphère auraient pu être différents et changer les résultats obtenus. En effet, une entrevue avec un clinicien ou un chercheur formé pourrait permettre à ce dernier de normaliser et valider le vécu émotionnel de la nouvelle mère, qui pourrait alors potentiellement s'exprimer avec davantage d'ouverture et d'authenticité que par questionnaire. En somme, un entretien pourrait permettre d'accéder à toutes les

nuances et à la subjectivité inhérentes au concept d'adaptation à la maternité de par ce contexte au sein duquel la femme se sentirait reçue et entendue, suscitant ainsi une diminution de la désirabilité sociale.

Concernant l'absence de lien entre la FR onirique et la présence de symptômes de DPP, il convient de spécifier en premier lieu que l'échantillon de la présente étude n'est pas représentatif, puisque seulement 5 % ( $n = 1/20$ ) des participantes ont été détectées comme ayant une DPP alors qu'au sein de la population générale de nouvelles mères, la DPP se situerait environ à 17 % (Shorey et al., 2018). Ainsi, ce résultat suggère que les participantes de notre échantillon sont potentiellement moins déprimées que celles de la population générale. Néanmoins, certaines études ont montré que, bien que l'IDPE apparaît être le questionnaire le plus largement utilisé de même que le mieux validé et sensible pour dépister la DPP (Abdullah et al., 2019), l'évaluation de la DPP par questionnaire pourrait être moins sensible que l'observation de la dysharmonie des interactions mère-bébé dans la détection des difficultés intrapsychiques de la mère (Ayissi & Hubin-Gayte, 2006; Delzenne, Poinso, Thirion, & Samuelian, 1996; Field et al., 1991). En effet, des recherches ont montré que des nouvelles mères ayant obtenu des scores de 0 à l'IDPE ainsi qu'au *Beck Depression Inventory* présentaient des comportements interactifs avec leur bébé témoignant d'un désengagement identique à celui de mères dépressives (Ayissi & Hubin-Gayte, 2006; Field et al., 1991). En définitive, il est possible que l'IDPE n'ait pas été en mesure de détecter un état dépressif chez certaines femmes.

D'autres hypothèses peuvent également être envisagées afin d'expliquer les résultats de la présente étude. Tout d'abord, il est possible que certaines mères de notre échantillon ayant une FR onirique plus faible se soient tout de même bien adaptées en post-partum grâce à la présence de facteurs de protection suffisants pour les soutenir dans cette période de leur vie (p. ex., niveau de scolarité, soutien social; Banker & LaCoursière, 2014; Hamelin-Brabant et al., 2015; Jawaher et al., 2014). De plus, et à nouveau, les critères d'exclusion ayant été appliqués lors du recrutement font en sorte qu'au sein de l'échantillon, aucune future mère ne présente de problèmes de consommation ou de santé mentale avéré, ce qui aurait potentiellement pu augmenter les risques de difficultés d'adaptation de dépression en post-partum (Beck, 2001).

Ensuite, certains facteurs explicatifs des résultats de la présente étude pourraient résider dans la physiologie. En effet, il est possible que des mères ayant une FR onirique dans la moyenne présentent des symptômes dépressifs dû à des facteurs hormonaux. Une étude prospective de Pop et al. (1991) s'étant intéressée à 293 femmes enceintes a montré une prévalence de 7 % de dysfonction de la thyroïde chez ces dernières. Les résultats de cette recherche montrent que 38 % des femmes qui avaient développé un dysfonctionnement de la thyroïde présentaient également une DPP, mais que cette dernière se serait résorbée chez la plupart de ces nouvelles mères lorsque la fonction thyroïdienne est revenue à la normale (Pop et al., 1991).

Enfin, le vécu émotionnel de la femme par rapport à son accouchement pourrait également avoir affecté l'humeur et l'adaptation générale à la maternité et ce, sans égard au score de FR onirique prénatal. Bien qu'une seule participante de la présente étude ait été identifiée comme cliniquement déprimée, il est possible de penser que cette hypothèse pourrait s'appliquer également aux participantes ayant obtenu des scores plus élevés à l'IDPE. En effet, alors que l'accouchement peut être vécu comme un moment certes stressant, mais heureux pour certaines, pour d'autres il peut s'agir d'un événement déclencheur fragilisant leur équilibre psychologique en post-partum. Par exemple, les femmes ayant vécu un abus sexuel pendant l'enfance, dont la proportion atteint 22,1 % au Québec (Tourigny, Hébert, Joly, Cyr, & Baril, 2008), peuvent voir émerger lors de l'accouchement des souvenirs traumatiques liés à l'inceste (LoGiudice & Beck, 2016); ces femmes sont également plus à risque de DPP (Seng, Sperlich, & Low, 2008). De surcroît, un accouchement difficile (p. ex., prématuré, instrumentalisé, avec complications maternelles, ou impliquant des situations de menace vitale néonatale), mais également un accouchement particulièrement difficile et douloureux peuvent mener au développement d'un trouble de stress post-traumatique du post-partum (TSPTPP; Benzakour, Epiney, & Girard, 2019), qui apparaîtrait chez 3 % des femmes de la population générale et chez 18 % dans les populations à risque (Yildiz, Ayers, & Phillips, 2017). Finalement, il appert que l'attitude des soignant.e.s est importante dans l'expérience subjective de l'accouchement (Esseily, 2018; Junqueira de Souza et al., 2017; LoGiudice & Beck, 2016). En somme, il est possible de penser que, malgré une FR onirique prénatale bien développée, les femmes présentant davantage de difficultés au plan de l'adaptation à la

maternité ou présentant une certaine dépressivité, sans nécessairement atteindre le seuil clinique, aient pu vivre des événements difficiles au cours de leur enfance, événements ayant potentiellement été réactivés par l'accouchement. En effet, le vécu subjectif de la naissance peut avoir été en soi traumatique pour certaines participantes, créant ainsi un terrain propice à l'apparition de difficultés au niveau de l'humeur et de l'ajustement à cette période de la vie.

### **Variabilité des scores globaux de FR du rêve et DPP**

Alors que la FR onirique des femmes enceintes n'est pas liée de façon significative à la DPP, il appert que la variabilité des scores globaux de FR onirique d'un rêve à l'autre chez une même femme soit liée à l'intensité des symptômes de dépression en période prénatale, ce qui n'est toutefois pas le cas en postnatal. Trois hypothèses explicatives sont proposées en lien avec la variabilité. Premièrement, la fluctuation entre les scores globaux de FR pourrait s'expliquer par les changements psychologiques importants que la grossesse engendre. Par exemple, la transparence psychique permet l'abaissement des résistances habituelles quant à ce qui a été refoulé, permettant à la femme enceinte de revisiter et travailler son histoire personnelle, dont ses conflits infantiles (Bydlowski, 1997). Ainsi, même une femme qui possède une très bonne CM pourrait se voir déstabilisée par le contenu émergent de son inconscient et présenter une difficulté à le mentaliser via le récit onirique, ce qui expliquerait les plus faibles scores associés à certains rêves. Une deuxième hypothèse concernant la variabilité réside dans le fait que cette dernière pourrait être due à plusieurs facteurs étant inconnus des chercheurs, n'ayant

pu être évalués auprès des participantes. Par exemple, le fait d'avoir reçu une mauvaise nouvelle la veille, de vivre du stress (au travail, dans sa vie personnelle) ou d'avoir des inquiétudes en lien avec sa grossesse pourrait affecter le récit onirique d'une femme enceinte (Seridi & Beauquier-Maccotta, 2019). Cela pourrait notamment s'illustrer par une CM momentanément diminuée et ainsi expliquer la présence d'un récit onirique moins riche en états mentaux ou moins cohérent, par exemple. En effet, même chez des individus étant généralement en mesure de mentaliser, cette capacité tend à être inhibée lorsqu'il y a augmentation du stress ou de l'activation affective (Luyten et al., 2020). Finalement, une autre avenue explicative réside dans la thématique des rêves. Il est possible de comprendre cette variabilité en posant l'hypothèse que certains contenus soient plus difficilement pensables ou « mentalisables », comparativement à ceux pour lesquels la réflexivité est plus aisée. Tel que le soulignent Berthelot, Ensink et Normandin (2013) : « [...] Alors que la mentalisation peut être préservée dans certains contextes, elle peut également s'avérer déficitaire dans d'autres ». Ces auteurs font par exemple ressortir dans l'une de leurs études des échecs de mentalisation en lien avec les thématiques liées à des expériences traumatiques de l'ordre d'abus physique ou sexuel par le biais de l'analyse du discours de mères victimes de maltraitance durant l'enfance (Berthelot et al., 2013). Cela n'est qu'une illustration parmi d'autres de type de contenus pouvant entraver la CM. Il est possible qu'au sein des productions oniriques des participantes de la présente étude certaines images, sensations, émotions et trames narratives aient été plus difficiles à intégrer, à penser, à mentaliser.



En somme, la variabilité dans les scores globaux de FR pourrait être influencée par les facteurs explicités précédemment. Cette variabilité est de surcroît liée à un score plus élevé à l'IDPE en prénatal, sans toutefois rencontrer le seuil clinique de DPP. Ceci pourrait témoigner d'une certaine dépressivité qui serait saine en soi, potentiellement liée au travail psychologique suscité par la transparence psychique (Bydlowski, 1997), ce qui permettrait ultimement de s'adapter avec plus de facilité à la maternité à venir.

### **Forces et limites de l'étude**

#### **Forces de l'étude**

Cette étude comporte différentes forces méritant d'être mises en évidence. Tout d'abord, elle a permis de développer une grille novatrice d'évaluation de la FR à partir de récits oniriques, pour laquelle la validité convergente obtenue avec l'échelle de FR (Fonagy et al., 1998) appliquée sur l'AAI s'est avérée élevée. Il s'avère également important de souligner que les accords inter juges effectués pour la présente recherche se sont tous avérés excellents. De plus, l'un des avantages de l'ÉFRAPO est qu'il demande seulement dix heures de formation afin de bien saisir la grille de cotation et son application, comparativement aux autres échelles de cotation de la FR, lesquelles doivent faire l'objet d'une formation étoffée auprès d'un formateur accrédité avant son utilisation. En outre, il a été possible de constater que, lorsque l'ÉFRAPO est bien comprise et intégrée chez le codificateur, la simple lecture des rêves pouvait permettre de déterminer la FR global du rêve, confirmée par la suite par la cotation standard. Ainsi, il s'avère que l'ÉFRAPO pourrait non seulement être utilisée en recherche, mais également par le

thérapeute en séance lorsque le patient relate un récit onirique. Le rêve pourrait alors s'avérer un outil supplémentaire à la disposition du clinicien pour permettre d'accompagner le patient dans un processus de mentalisation, en le soutenant notamment dans l'élaboration d'un récit cohérent ainsi que dans la recherche de sens de l'imagerie onirique.

Notre échelle semble également sensible pour déterminer la FR onirique, et ce, peu importe les consignes de cueillette des récits oniriques transmises aux participants. En effet, les deux groupes de notre étude sont semblables au niveau de leur FR onirique.

Finalement, l'ÉFRAPO est facilement accessible comme instrument de mesure utilisé dans le cadre de recherches empiriques puisqu'elle s'applique à des verbatims de rêves, ces derniers pouvant être recueillis par le participant lui-même à l'aide d'un enregistreur, évitant ainsi certains inconvénients inhérents aux systèmes de cotation de la FR existants, lesquels nécessitent de se déplacer pour le participant ainsi qu'une connaissance de l'entrevue de la part de l'intervieweur et ce, qu'il s'agisse de l'AAI, du PDI ou du CAI. L'ÉFRAPO pourrait en définitive être utilisée au sein de recherches pour lesquelles des rêves ont déjà été recueillis, ce qui pourrait élargir l'étendue des sujets étudiés en lien avec la FR.

## **Limites de l'étude**

Cette recherche comporte certaines limites devant être soulignées. Tout d'abord, les échantillons de la présente étude comportent 16 mères et 20 femmes enceintes, ce qui a permis de repérer les effets de grande taille, mais qui a limité la détection des effets de taille moyenne. De plus, ces deux échantillons ne sont pas représentatifs de la population générale, qu'il s'agisse du revenu familial (pour les mères de la population générale), du niveau de scolarité ou de la santé mentale. En effet, l'un des critères d'exclusion des deux études à partir desquelles découle ce mémoire doctoral était que les femmes ne devaient pas avoir déjà reçu un diagnostic de psychopathologie (objectif 1) ou être atteinte d'un trouble de santé mental grave (p. ex., schizophrénie), d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux avéré (objectif 2). En somme, le nombre limité de participantes ainsi que leurs caractéristiques sociodémographiques et psychologiques pourraient expliquer qu'aucun score très faible de FR onirique (-1, 0, 1) n'ait été obtenu. Concernant l'absence de scores très élevés de FR onirique, il est possible que l'absence de consigne explicite invitant le rêveur à tenter de trouver un sens à son rêve puisse avoir diminué la sensibilité de la grille quant à l'identification des femmes mentalisant de façon exceptionnelle. De plus, l'approche thérapeutique basée sur la mentalisation invite le clinicien à intervenir de façon active et à solliciter la réflexivité du patient (Allen et al., 2008). Ainsi, dans le cadre de cette étude, la collecte des récits oniriques ou une discussion concernant ceux-ci avec une posture interactive auprès des participantes aurait potentiellement pu permettre d'évaluer leur pleine capacité réflexive. Il a également été montré qu'il est possible d'augmenter la fréquence de rappel onirique chez les participants qui sont entraînés en ce

sens (Sierra-Siegert, Jay, Flores, & Garcia, 2016). Il est donc possible de penser que si la présente étude était effectuée auprès de participantes entraînées au rappel de leurs rêves, il serait davantage possible d'accéder à leur plein potentiel de FR onirique.

Finalement, il semble que l'échantillon de femmes enceintes ne soit pas représentatif en termes de dépression post-partum, puisqu'une seule participante a obtenu un score à l'IDPE en postnatal permettant de l'identifier comme cliniquement déprimée. Ainsi, il s'agit de 5 % de notre échantillon (1/20) qui présente cette psychopathologie alors qu'une méta-analyse fait état de 17 % chez les nouvelles mères de la population générale (Shorey et al., 2018).

### **Pistes de recherches futures**

Puisqu'il s'agit de la première étape d'élaboration et de validation de l'ÉFRAPO, il s'avère important de poursuivre les efforts de validation de cet outil. Dans un premier temps, il pourrait être pertinent d'appliquer l'ÉFRAPO sur les rêves 1) d'un plus grand échantillon issu de la population générale pour lequel une mesure de la FR à l'éveil est disponible, 2) composé de femmes et hommes et 3) issus d'une population clinique. Ainsi, il serait plus probable dans ce contexte de pouvoir soutenir la validité convergente de notre outil et de vérifier la sensibilité de l'outil en ce qui concerne les scores très faibles et très élevés de FR onirique.

Par la suite, il serait intéressant que la présente recherche soit reconduite auprès d'un plus grand échantillon de femmes enceintes, à différents trimestres de grossesse et représentatif de la population générale. Il est également possible d'envisager qu'une mesure de la DPP par l'observation des comportements interactifs (p.ex., en situation de jeu libre), pourrait représenter une évaluation plus fine de l'état psychologique de la mère. Cela pourrait faciliter l'identification de la DPP et ainsi étudier avec plus de justesse les corrélations entre la FR onirique et l'adaptation postnatale.

Une autre piste de recherche pourrait s'intéresser à la variabilité des scores globaux de FR du rêve chez les participantes. Il pourrait alors s'agir d'étudier le contenu onirique des rêves obtenant des scores se situant dans les deux extrêmes afin de mieux comprendre cette variabilité et définir les thèmes plus difficilement pensables ou « mentalisables » comparativement à ceux pour lesquels la réflexivité est plus aisée. Il serait également important d'évaluer l'état émotionnel du rêveur à l'éveil, puisque ce dernier peut influencer la CM de façon momentanée. Cela pourrait notamment soutenir la compréhension théorique et scientifique en ce qui concerne le lien entre la variabilité des scores globaux de FR du rêve, les symptômes de dépression en prénatal et l'adaptation post-partum.

Finalement, l'application de l'ÉFRAPO à des récits oniriques d'enfants, d'adolescents et d'hommes pourrait être intéressante, par exemple en établissant la validité convergente avec une mesure de la FR à l'éveil.

## **Conclusion**

Cette étude avait pour premier objectif de développer et valider une échelle permettant l'évaluation de la FR à partir de productions oniriques. L'ÉFRAPO a été élaborée en se basant tout d'abord sur la définition et le modèle théorique de la mentalisation proposé par Fonagy et ses collègues (Fonagy et al., 1991), puis en s'inspirant de l'échelle de codification de la FR (Fonagy et al., 1998), et ce, tout en prenant en considération les caractéristiques particulières des rêves. L'échelle a été mise à l'épreuve à l'aide de verbatims de rêves de 16 mères ayant participé à une étude plus vaste réalisée auprès d'un échantillon provenant de la population générale. Les résultats obtenus dans le cadre du présent mémoire doctoral indiquent que l'ÉFRAPO présente une excellente fidélité inter juges ainsi qu'une bonne validité convergente avec l'échelle de FR élaborée par Fonagy et ses collègues (1998) appliquée à l'AAI et ce, chez les mères d'un échantillon non-clinique. Bien que cet objectif de développement et de validation de l'ÉFRAPO ait montré que les dimensions complémentaire *cohérence* et *recherche de sens* ont une faible variabilité et peu d'impact sur le score global de FR du rêve, elles sont conservées dans la grille puisque cette dernière n'a pas été validée auprès d'échantillons représentatifs de la population générale ou clinique; elles pourraient également s'avérer pertinentes au niveau qualitatif, plus particulièrement en psychothérapie. Le second objectif visait l'exploration des liens entre la FR onirique de femmes enceintes au troisième trimestre de grossesse, l'adaptation à la maternité et la DPP. Les résultats obtenus ne montrent aucun lien

significatif entre ces différentes variables, ce qui pourrait s'expliquer notamment par les méthodes d'évaluation de l'adaptation à la maternité et de la DPP ainsi que par la non-représentativité de l'échantillon en ce qui concerne la prévalence de la DPP, les participantes de cette étude étant moins déprimées que celles issues de la population générale. Toutefois, il appert que la variabilité des scores globaux de FR aux rêves chez une même femme est significativement, positivement et modérément corrélée au niveau de symptômes de dépression en période prénatale, sans rencontrer le seuil clinique de DPP. Cela pourrait témoigner d'une dépressivité qui serait saine en soi, potentiellement liée au travail psychique que la grossesse engendre.

Ces derniers résultats obtenus dans le cadre de notre étude exploratoire peuvent paraître surprenants et contre-intuitifs à première vue. Il s'avèrerait donc pertinent de pousser la recherche théorique et scientifique, notamment en lien avec les mécanismes et facteurs pouvant expliquer d'une part l'absence de lien significatif entre la FR onirique et l'adaptation durant la période postnatale, mais également l'association entre la variabilité des scores globaux de FR onirique et la symptomatologie dépressive en période prénatale. L'ÉFRAPO devrait en outre faire l'objet de recherches visant notamment la continuation de sa validation auprès de plus grands échantillons représentatifs de la population générale ainsi que de populations diverses (p. ex., femmes enceintes à différents trimestres de grossesse, populations cliniques, hommes, enfants et adolescents). Enfin, la présente étude a également permis de constater que l'ÉFRAPO demande peu de formation afin de se l'approprier et s'avère par la suite facile et rapide d'utilisation. En outre, il est possible de



penser que non seulement les chercheurs pourraient bénéficier de l'ÉFRAPO afin d'évaluer la FR onirique, mais que les cliniciens pourraient également s'y référer en séance. Il est en effet possible que certains patients aient davantage de facilité à s'exprimer et à mentaliser à travers l'analyse du rêve plutôt que d'aborder directement des contenus difficiles. De façon plus spécifique, la grossesse permettant un abaissement des résistances habituelles quant à ce qui a été refoulé, il semble que cette période de la vie soit fort intéressante et propice à un travail psychothérapeutique, intégrant notamment les récits oniriques comme une voie de choix pour évaluer et développer la CM prénatale.

## Références

- Aber, J., Slade, A., Berger, B., Bresgi, I., Kaplan, M. (1985). *The Parent Development Interview*. Manuscrit inédit.
- Abdullah, A. C., Zulkefli, N. A. M., Minhat, H. S. M., Baharom, A., & Ahmad, N. (2019). Sensitivity and specificity of screening tools for post-partum depression: A systematic review. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 19(2), 160-169.
- Ablon, S. L. (1994). The usefulness of dreams during pregnancy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 75(2), 291-299.
- Achim, J., Lebel, A. & Ensink, K. (2020). Qu'est-ce que mentaliser et comment se développe cette capacité?. Dans J. Achim, A. Lebel & K. Ensink (dir.), *Mentaliser en contexte pédopsychiatrique : interventions thérapeutiques* (pp. 55-90). Bruxelles, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Achim, J., Lebel, A., Ensink, K., & Senécal, I. (2020). La psychothérapie individuelle pour favoriser la mentalisation : soutenir l'intérêt de l'enfant pour la subjectivité. Dans J. Achim, A. Lebel, & K. Ensink (dir.), *Mentaliser en contexte pédopsychiatrique : interventions thérapeutiques* (pp. 139-174). Bruxelles, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Allen, J. G. (2013) *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac Books.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. London: John Wiley & Sons.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric publishing.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). Screening for depression during and after pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 115, 394-395.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd., éd. rév.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 167-182.
- Ammaniti, M., & Trentini, C. (2009). How new knowledge about parenting reveals the neurobiological implications of intersubjectivity: a conceptual synthesis of recent research. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 19(5), 537-555.
- Appleby, L., Fox, L., Shaw, M., & Kumar, R. (1988). The psychiatrist in the obstetric unit: Establishing a liaison service. *The British Journal of Psychiatry*, 154(4), 510-515.
- Ayissi, L., & Hubin-Gayte, M. (2006). Irritabilité du nouveau-né et dépression maternelle du post-partum. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54, 125-132.
- Banker, J. E., & LaCoursière, D. Y. (2014). Post-partum depression: Risks, protective factors, and the couple's relationship. *Issues in mental health nursing*, 35, 503-508.
- Baron-Cohen, S. (1989). Are autistic children "behaviorists"? An examination of their mental-physical and appearance-reality distinctions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 4, 579-600.
- Bateman, A. W. (2010, avril). *Trouble de la personnalité limite : l'intervention basée sur la mentalisation pour les intervenants de première ligne*. Communication présentée à l'Université McGill, Montréal, Canada.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595-613.
- Beaudoin, A., & Jourdan-Ionescu, C. (2015). Résilience assistée par l'humour pour faciliter la transition vers la parentalité. Dans F. Julien-Gauthier, & C. Jourdan-Ionescu (dir.). *Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation*. Québec, QC: Livres en ligne du CRIRES.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of post-partum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Benzakour, L., Epiney, M., & Girard, E.L. (2019). État des connaissances sur le trouble de stress post-traumatique du post-partum. *Revue médicale suisse*, 15(637), 347-350.
- Bernard-Bonnin, A.-C. (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 575-583.

- Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2013). Échec de mentalisation du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 1(2), 9-15.
- Bevington, D., & Fuggle, P. (2012). Supporting and enhancing mentalization in community outreach teams working with hard-to reach youth. The AMBIT approach. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Éds), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 35-53). New York, NY: Routledge.
- Billeke, P., Boardman, S., & Doraiswamy, P. M. (2013). Social cognition in major depressive disorder: A new paradigm? *Translational Neuroscience*, 4, 437-447.
- Bistricky, S. L., Ingram, R. E., & Atchley, R. A. (2011). Facial affect processing and depression susceptibility: Cognitive biases and cognitive neuroscience. *Psychological Bulletin*, 137, 998-1028. doi:10.1037/a0025348.
- Brummelte, S., & Galea, L. A. M. (2016). Post-partum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153-166.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris, France: Presse Universitaire de France.
- Bydlowski, M. (2010). *Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité*. Paris, France: Odile Jacob.
- Bydlowski, M., & Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le carnet PSY*, 3(63), 30-33.
- Cartwright, R. (1991). Dreams that work: The relation of dream incorporation to adaptation to stressful events. *Dreaming* 1(1), 3-9.
- Cartwright, R., Agargun, M. Y., Kirkby, J., & Friedman, J. K. (2006). Relation of dreams to waking concerns. *Psychiatry Research*, 141(3), 261-270.
- Chabrol, H., Teissèdre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., & Rogé, B. (2003). Prévention et traitement des dépression du post-partum : une étude contrôlée. *Médecine & Hygiène*, 15, 5-25.
- Chahraoui, K., & Vinay, A. (2014). Attachement narratif, fonction réflexive et régulation émotionnelle chez des sujets déprimés. *L'évolution psychiatrique*, 79, 395-409.
- Cherrier, J.-F. (2014). La thérapie basée sur la mentalisation : une étape au seuil du dialogue herméneutique. *Revue Québécoise de Gestalt*, 14, 47-70.

- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instrument in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290. doi: 10.1037/1040-3590.6.4.284
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Dagan, Y., Lapidot, A., & Eisenstein, M. (2001). Women's dreams reported during first pregnancy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(1), 13-20.
- Daoust, A. M., Lusignan, F. A., Braun, C. M. J., Mottron, L., Godbout, R. (2008). Dream content analysis in persons with an autism spectrum disorder, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(4) : 634-43.
- Debbané, M. (2018). *Mentaliser* (2<sup>e</sup> éd.). Bruxelles, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Delzenne, V., Poinso, F., Thirion, X., & Samuelian, J. C. (1996). Vers un soin précoce de la dépression du post-partum, travail en réseau et résultats. *Psychiatrie de l'enfant*, 39(1), 297-325.
- Deutsch, H. (1973). *La psychologie des femmes : étude psychanalytique* (5<sup>e</sup> éd.). Paris, France: Presses universitaires de France.
- De Wied, M., Gispen-de Wied, C., & van Boxtel, A. (2010). Empathy dysfunction in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *European Journal of Psychology*, 626, 97-103.
- Dulude, D., Wright, J., & Belanger, C. (2000). The effects of pregnancy complications on the parental adaptation process. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(1), 5-20.
- Duncombe, D., Wertheim, E. H., Skouteris, H., Paxton, S. J., & Kelly, L. (2008). How well do women adapt to changes in their body size and shape across the course of pregnancy? *Journal of Health Psychology*, 13(4), 503-515.
- Ensink, K., Normandin, L., Plamondon, A., Berthelot, N., & Fonagy, P. (2016). Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 48(1), 9-18.
- Esseily, N. (2018). *Expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des femmes ayant vécu une agression sexuelle pendant l'enfance : étude de cas multiple* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Longueuil, QC.

- Fahey, J. O. (2013). Understanding and meeting the needs of women in the post-partum period: The perinatal maternal health promotion model. *Journal of Midwifery and Women's health*, 58, 613-621.
- Ferry, N. (2008). Devenir mère, une formidable rencontre. *Spirale*, 47(3), 157-165. doi:10.3917/spi.047.0157
- Field, T. (2010). Post-partum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant behavior and development*, 33(1), 1-6.
- Field, T., Morrow, C., Healy, B., Foster, T., Adlestein, D., & Goldstein, S. (1991). Mothers with zero Beck depression scores act more “depressed” with their infants. *Development and Psychopathology*, 3(3), 253-262.
- Fogli, A., Aiello, L. M., Quercia, D. (2020). Our dreams, our selves: Automatic analysis of dream reports. *Royal Society Open Science*, 7(8), 192080.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G.S., & Higgitt, A.C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental health journal*, 12(3), 201-218.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2012). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 11-33). New York: Routledge.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2019). Introduction. Dans A. Bateman & P. Fonagy (dir.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2<sup>e</sup> éd., pp. 3-20). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 288-328.
- Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(2), 231-257.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996a). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217-234.

- Fonagy, P., & Target, M. (1996b). Playing with reality II: The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(3), 459-479.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M., (1998). *Reflexive-function manual: Version 5.0 for application to the adult attachment interview*. Manuscrit inédit, University College.
- Fosse, R., Stickgold, R., & Hobson, J. A. (2001). The mind in REM sleep: reports of emotional experience. *Sleep*, 24(8), 947-955.
- Foulkes, D., Sullivan, B., Kerr, N. H., & Brown, L. (1988). Appropriateness of dream feelings to dreamed situations. *Cognition and Emotion*, 2(1), 29-39.
- Freud, S. (1971). *L'interprétation des rêves*. Paris, France: Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1900).
- Fuller-Tyszkiewicz, M., Skouteris, H., Watson, B. E., & Hill, B. (2013). Body dissatisfaction during pregnancy: A systematic review of cross-sectional and prospective correlates. *Journal of Health Psychology*, 18(11), 1411-1421.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult attachment interview protocol* (3<sup>e</sup> éd.). Manuscrit inédit, University of California at Berkeley.
- Gérardin, P., Rivière, V., & Thibaut, F. (2003). Dépression maternelles et développement de l'enfant. *Les actualités en psychiatrie*, 1(20), 8-12.
- Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 113-131.
- Gjerdingen, D. W., & Yawn, B. P. (2007). Post-partum depression screening: Importance, methods, barriers and recommendations for practice. *The Journal of American Board of Family Medicine*, 20, 280-288.
- Gillman, R. D. (1968). The dreams of pregnant women and maternal adaptation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 38(4), 688-692.
- Graveline, Y. M., & Wamsley, E. J. (2015). Dreaming and waking cognition. *Translational Issues in Psychological Science*, 1, 97-105.
- Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): New results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*, 13(2), 83-89.



- Hall, C. S. (1953). A cognitive theory of dreams. *Journal of General Psychology*, 49, 273-282.
- Hall, C.S., & Nordby, V.J. (1972). *The individual and his dreams*. New York: The New American Library.
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou-Azizah, G., Borgès Da Silva, R., Comeau, Y., & Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. *Santé publique*, 27(1), 27- 37.
- Hartmann, E. (1996). Outline for a theory on the nature and functions of dreaming. *Dreaming*, 6(2), 147-170.
- Hartmann, E. (2008). The central image makes “big” dreams big: The central image as the emotional heart of the dream. *Dreaming*, 18(1), 44-57.
- Hartmann, E. (2010). The dream always makes new connections: The dream is a creation, not a replay. *Sleep Medicine Clinics*, 5(2), 241-248.
- Hendrick, V., Altshuler, L. L., Suri, R. (1998). Hormonal changes in the post-partum and implications for the post-partum depression. *Psychosomatics*, 39, 93-101.
- Henshaw, C., Foreman, D., & Cox, J. (2004). Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*, 25(3-4), 267-272.
- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 552-598). New York, NY: Guilford Press.
- Hicks, S., & Brown, A. (2016). Higher Facebook use predicts greater body image dissatisfaction during pregnancy: The role of self-comparison. *Midwifery*, 40, 132-140.
- Hoekzema, E., Barba- Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D., ... Vilarroya, O. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*, 20(2), 287-300. doi:10.1038/nn.4458
- Institut de la Statistique du Québec. (2016). *Les titulaires d'un grade universitaire au Québec : ce qu'en disent les données du recensement de 2016*. Québec, Qc : Gouvernement du Québec.
- Institut de la Statistique du Québec. (2019). *Revenu moyen, revenu total, ménages, Québec, 1996-2017*. Québec, QC: Gouvernement du Québec.

- Jawaher, M., Fadoua, C., Sonda, T., Ines, F., Belhsan, B.A., Mohamed, G., ... Abdellaziz, J. (2014). La dépression du post-partum : prévalence et facteurs de risque. Étude prospective concernant 302 parturientes tunisiennes. *La Tunisie médicale*, 92(10), 615-621.
- Jones, C. (1978). An exploratory study of women's manifest dreams during first pregnancy. *ProQuest Dissertations & Theses*, AAT7819359.
- Junqueira de Souza, K., Rattner, D., & Bauermann Gutter, M. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with post-partum depression. *Revista de saude publica*, 51(69), 1-11.
- Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22, 426-444.
- Kahn, D., Pace-Schott, E., & Hobson, J. (2002). Emotion and cognition: Feeling and character identification in dreaming. *Consciousness and Cognition*, 11(1), 34-50.
- Kantrowitz-Gordon, I. (2013). Internet confessions of post-partum depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 874-882.
- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review*, 34, 107-117.
- Kerestes, R., Davey, C. G., Stephanou, K., Whittle, S., & Harrison, B. J. (2014). Functional brain imaging studies of youth depression: A systematic review. *NeuroImage: Clinical*, 4, 209-231. doi:10.1016/j.nicl.2013.11.009.
- Kron, T., & Brosh, A. (2003). Can dreams during pregnancy predict post-partum depression? *Dreaming*, 13(2), 67-81.
- Lara-Carrasco, J. (2013). *Les rêves durant la grossesse : étude de leur nature et de leur rôle prédictif dans l'adaptation psychologique à la maternité* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Letourneau, N.L., Dennis, C.-L., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P.D., Este, D., & Watson, W. (2012). Post-partum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues in mental health nursing*, 33, 445-457.
- Levin, R., & Nielsen, T. (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: A review and neurocognitive model. *Psychological Bulletin*, 133(3), 482-528.

- Levy-Shiff, R., Dimitrovsky, L., Shulman, S., & Har-Even, D. (1998). Cognitive appraisals, coping strategies, and support resources as correlates of parenting and infant development. *Developmental Psychology*, 34(6), 1417-1427.
- LoGiudice, J. A., & Beck, C. T. (2016). The lived experience of childbearing from survivors of sexual abuse: It was the best of times, it was the worst of times. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 61(4), 47-481.
- Loth, K. A., Bauer, K. W., Wall, M., Berge, J., & Neumark-Sztainer, D. (2011). Body satisfaction during pregnancy. *Body image*, 8(3), 297-300.
- Lusignan, F.-A., Zadra, A., Dubuc, M.-J., Daoust, A.-M., Mottard, J.-P., & Godbout, R. (2009). Dream content in chronically-treated persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 112, 164-173.
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 297-325.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). The stress-reward-mentalizing model of depression: An integrative developmental cascade approach to child and adolescent depressive disorder based on the Research Domain Criteria (RDoC) approach. *Clinical Psychology Review*, 64, 87-98.
- Luyten, P., Fonagy, R., Benedicte, L., & Vennote, R. (2012). Assessment of mentalization. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 43-66). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: Rates, risks and consequences. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 16(1), 15-22.
- Markin, R. D. (2013). Mentalization-based psychotherapy interventions with mothers-to-be. *Psychotherapy*, 50(3), 360-365.
- Martin Cabré, L. J. (2011). Response. *International Journal of Psychoanalysis*, 92, 272-274.
- Mathieu, E., Achim, J., & Simard, V. (2017). *Échelle de fonction réflexive adaptée aux productions oniriques*. Manuscrit inédit, Université de Sherbrooke.
- Maybruck, P. (1986). *An exploratory study of the dreams of pregnant women*. ProQuest Dissertations & Theses, AAT8605318.

- Meins, E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove: Psychology Press.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mother's comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 637-648.
- Merritt, J. M., Stickgold, R., Pace-Schott, E., Williams, J., & Hobsons, J. A. (1994). Emotion profiles in the dreams of men and women. *Consciousness and Cognition*, 3(1), 46-60.
- Midgley, N., Muller, N., Malberg, N., Lindqvist, K., & Ensink, K. (2019). Children. Dans A. Bateman & P. Fonagy (dir.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (2<sup>e</sup> éd., pp. 247-264). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Miller, L. G., McGlynn, A., Suberlak, K., Rubin, L. H., Miller, M., & Pirec, V. (2012). Now what? Effects of on-site assessment on treatment entry after perinatal depression screening. *Journal of Women's Health*, 21(10), 1046-1052.
- Murray, L. (1996). A prospective longitudinal study of the impact of postnatal depression on child development in a low risk sample. *Infant Behavior and Development*, 19(1), 238.
- Netsi, E., Pearson, R.M., Murray, L., Cooper, P., Craske, M.G., Stein, A. (2018). Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA psychiatry*, 75(3), 247-253.
- Nielsen, T. (2000). A review of mentation in REM and NREM sleep: "Covert" REM sleep as a possible reconciliation of two opposing models. *Behavioral and Brain Sciences*, 23(6), 851-866.
- Nielsen, T., Deslauriers, D., & Baylors, G. W. (1991). Emotions in dream and waking event reports. *Dreaming*, 1(4), 287-300.
- Nielsen, T., & Lara-Carrasco, J. (2007). Nightmares, dreaming, and emotion regulation: A review. Dans D. Barrett & P. McNamara (dir.), *The new science of dreaming* (vol. 2, pp. 253-284). Westport, CT: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Nielsen, T., & Paquette, T. (2007). Dream-associated behaviors affecting pregnant and post-partum women. *Sleep*, 30(9), 1162-1169.
- O'Hara, M.W., & Swain, A.M., (1996). Rates and risk of post-partum depression-a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54.

- O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H., & Wright, E. J. (1990). Controlled prospective study of post-partum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology, 99*(1), 3-15.
- Pagel, J., Blagrove, M., Levin, R., States, B., Stickgold, B., & White, S. (2001). Definitions of dream: A paradigm for comparing field descriptive specific studies of dream. *Dreaming, 11*(4), 195-202.
- Pesant, N., & Zadra, A. (2006). Dream content and psychological well-being: A longitudinal study of the continuity hypothesis. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 111-121.
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: Interaction between fantasy and reality. *The British Journal of Medical Psychology, 45*(4), 333-343.
- Pop, V. J., de Rooy, H. A., Vader, H. L., Van der Heide, D., Van Son, M., Komproe, I. ... De Geus, C. A. (1991). Post-partum thyroid dysfunction and depression in an unselected population. *The New England Journal of Medicine, 324*(25), 1815-1816. doi:10.1056/NEJM199106203242516
- Pridham, K. F., & Chang, A. S. (1989). What being the parent of a new baby is like: Revision of an instrument. *Research in Nursing & Health, 12*(5), 323-329.
- Rainelli, C., Orliaguet, M.-H., & Villars, M.-L. (2012). Reviviscence traumatique lors de la grossesse et de la naissance des abus sexuels subis pendant l'enfance. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 60*(5), 356-361.
- Raphael-Leff, J. (1990). Psychotherapy and pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 8*(2), 119-135.
- Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman & Hall.
- Sabourin, C. (2010). *Rêves de grossesse et du post-partum : relation avec les symptômes dépressifs et anxieux* (Thèse de doctorat inédite). Université d'Ottawa, Ottawa, ON.
- Sabourin, C., Robidoux, R., Pérusse, A. D., & De Koninck, J. (2018). Dream content in pregnancy and post-partum: Refined exploration of continuity between waking and dreaming. *Dreaming, 28*(2), 122-139.
- Schredl, M. (2010a). Characteristics and contents of dreams. *International Review of Neurobiology, 92*, 135-154.

- Schredl, M. (2012). Continuity in studying the continuity hypothesis of dreaming is needed. *International Journal of Dream Research*, 5(1), 1-8.
- Schredl, M., & Fulda, S. (2005). Dream recall and sleep duration: State or trait factor. *Perceptual and Motor Skills*, 101(2), 613-616.
- Schreiter, S., Pijnenborg, G. H. M., Aan het Rot, M. (2012). Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 150, 1-16.
- Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of post-partum depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 316-321.
- Seng, J. S., Sperlich, M., & Low, L. K. (2008). Mental health, demographic, and risk behavior profiles of pregnant survivors of childhood and adult abuse. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 53(6), 511-521.
- Seridi, H.B., & Beauquier-Maccotta, B. (2019). Les troubles du sommeil pendant la grossesse et pendant le post-partum (revue de la littérature). *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177(7), 655-662.
- Shorey, S., Yin Ing Chee, C., Debby Ng, E., Huak Chan, Y., Wai San Tam, W., & Seng Chong, Y. (2018). Prevalence and incidence of post-partum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235-248.
- Sierra-Siegert, M., Jay, E.-L., Florez, C., & Garcia, A.E. (2016). Minding the dreamer within: An experimental study on the effects of enhanced dream recall on creative thinking. *The journal of creative behavior*, 53(1), 83-96.
- Skrzypinska, D., & Szmigielska, B. (2015). Dream-reality confusion in borderline personality disorder: A theoretical analysis. *Hypothesis and Theory*, 1393(3), 1-8.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269-281.
- Slade, A. (2007). The pregnancy interview - revised. New York: The City College of New York.
- Slade, A., Aber, J.L., Bresgi, I., Berger, B., & Kaplan, B. (2004). *The Parent Development Interview-Revised*. Manuscript inédit, City University of New York.

- Slade, A., Cohen, L. J., Sadler, L. S., & Miller, M. (2009). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. Dans C.H. Zeanah Jr. (dir.), *Handbook of Infant Mental Health* (3<sup>e</sup> éd., pp. 22-39). London: The Guilford Press.
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment and Human Development*, 7(3), 283-298.
- Slade, A., & Patterson, M. (2005). *Addendum to reflective functioning scoring manual for use with the pregnancy interview*. Manuscrit inédit.
- Slade, A., Patterson, M., & Miller, M. (2007). *Addendum to reflective functioning scoring manual: For use with the pregnancy interview*. Manuscrit inédit, The Psychological Center at the City College of New York
- Slade, A., Sadler, L. S., & Mayes, L. C. (2005). Minding the baby: Enhancing parental reflective functioning in a nursing/mental health home visiting program. Dans L. J. Berlin, Y. Ziy, L. Amaya-Jackson & M. T. Greenberg (dir.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (pp. 152-177). New York, NY: Guilford Press.
- Sleed, M., Slade, A., & Fonagy, P. (2020). Reflective functioning on the Parent Development Interview: Validity and reliability in relation to socio-demographic factors. *Attachment and Human Development*, 22(3), 310-331.
- Smaling, H. J. A., Huijbregts, S. C. T., Suurland, J., van der Heijden, K. B., Mesman, J., van Goozen, S. H. M., & Swaab, H. (2016). Prenatal reflective functioning and accumulated risk as predictors of maternal interactive behavior during free play, the still face paradigm, and two teaching tasks. *Infancy*, 21(6), 766-784.
- Soe, N.N., Wen, D.J., Poh, J.S., Broekman, B.F.P., Chen, H., Chong, Y.S., Kwek, K., Saw, S-M., Gluckman, P.D., Meaney, M.J., Rifkin-Graboi, A., & Qiu, A. (2016). Pre- and postnatal maternal depressive symptoms in relation with infant frontal function, connectivity, and behaviors. *Plos one*, 11(4), 1-17.
- Stern, D. (1991). Maternal representations: A clinical and subjective phenomenological view. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 174-186.
- Suchman, N., Pajulo, M., Kalland, M., DeCoste, C., & Mayes, L. (2012). At-risk mothers of infants and toddlers. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (dir.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 309-346). Washington, DC: American Psychiatry Publishing.

- Sweeney, A. C., & Fingerhut, R. (2013). Examining relationships between body dissatisfaction, maladaptive perfectionism, and post-partum depression symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(5), 551-561.
- Takahashi, Y., & Tamakoshi, K. (2014). Factors associated with early post-partum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya Journal of Medical Science*, 76(1-2), 129-138.
- Teissedre, F., & Chabrol, H. (2004). Étude de l'EPDS chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *Encéphale*, 30, 376-381.
- Terradas, M. M., Domon-Archambault, V., & Drieu, D. (2020). Clinical assessment of prementalizing modes of psychic functioning in children and their parents in the context of trauma. *Journal of Infants, Child and Adolescent Psychotherapy*, 19(1), 25-41.
- Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M., & Baril, K. (2008). Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32(4), 331-335
- Tsivos, Z.-L., Calam, R., Sanders, M. R., & Wittkowski, A. (2015). A pilot randomised controlled trial to evaluate the feasibility and acceptability of the Baby Triple P Positive Parenting Programme in mothers with postnatal depression. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(4), 532-554.
- Van De Castle, R., & Kinder, P. (1968). Dream content during pregnancy. *Psychophysiology*, 4(3), 375.
- Verheugt-Pleiter, A. J. E. (2008). Intervention techniques: Affect regulation. Dans A. J. E. Verheugt-Pleiter, J. Zevalkink & M. G. J. Schmeets (dir.), *Mentalizing in child therapy: Guidelines for clinical practitioners* (pp. 132-150). Karnac Books.
- Whiffen, V. E., & Gotlib, I. H. (1993). Comparison of post-partum and nonpost-partum depression: Clinical presentation, psychiatric history and psychological functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 485-494.
- Winnicott, D. W. (1956). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, France: Payot.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment; Studies in the theory of emotional development*. London: Hogarth.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publications.



- Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 634-645.
- Zanasi, M., Calisti, F., Di Lorenzo, G., Valerio, G., & Siracusano, A. (2011). Oneiric activity in schizophrenia: Textual analysis of dream reports. *Consciousness and Cognition*, 20, 337-348

## **Appendice A**

Échelle de fonction réflexive adaptée aux productions oniriques  
(ÉFRAPO; Mathieu, Achim, & Simard, 2017)

# **ÉFRAPO**

Échelle de Fonction Réflexive Adaptée aux Productions Oniriques  
(Mathieu, Achim, & Simard, 2017)

### Consignes générales de cotation

- Il est recommandé de lire le récit une fois pour évaluer subjectivement les différentes dimensions (*États mentaux*, *Cohérence*, *Recherche de sens*) qui constituent la Fonction Réflexive (FR) onirique, donc davantage l'impression qui ressort à la lecture;
- Il est à noter qu'un score individuel pour chaque dimension (*États mentaux*, *Cohérence*, *Recherche de sens*) sera établi et qu'un système de cumul (Dimension complémentaire *Recherche de sens*) ou de retrait de points (Dimensions complémentaire *Cohérence*) sera effectué afin d'en arriver à un score global de FR pour un rêve donné. Toutes les données seront consignées sur une feuille de cotation;
- Lorsque le rêve est cohérent ou généralement cohérent (se fier aux indices indiqués dans la grille), cela n'augmente pas le score global de FR du rêve. Si le rêve est incohérent, le score global de FR du rêve est alors baissé de 1 point;
- Lorsqu'il n'y a pas de recherche de sens, le score global de FR du rêve demeure inchangé. Par contre, s'il y a une recherche de sens cela augmente le score global du rêve (voir la cotation appropriée dans la section à cet effet « Dimension complémentaire #2 : *Recherche de sens*);
- Si un état mental est nommé, mais qu'au sein du discours il y a présence de contre-exemple(s) à la mentalisation ou qu'il y a un aspect défensif à l'exploration du monde interne (le sien ou celui des autres personnages de son rêve), l'examineur l'identifie dans l'espace prévu à cet effet dans la feuille de cotation. Le score à la dimension *États mentaux* en sera alors diminué et ce, à la discrétion de l'examineur en regard de la fréquence et de l'intensité des contre-exemples ou des défenses mises en place;
- L'analyse du discours doit s'appuyer sur la façon dont le rêve est rapporté et la manière dont le participant s'exprime par rapport aux événements;
- Le discours doit également être coté même lorsque le rêveur fait référence à son état à l'éveil;
- Le récit onirique est coté même lorsque le rêveur n'est que spectateur de son rêve, car c'est sa perception de la situation et la manière dont il en parle qui est importante;
- Dès que le rêveur montre une critique, une certaine agressivité, une colère, voire une hostilité face à la tâche ou à l'examineur, attribuer une cote de -1 et ce, même si le rêveur nous partage son récit et qu'il y a un état mental de nommé (p.ex., « *À chaque fois que je faisais un rêve, il aurait fallu que je l'enregistre, mais en plein milieu de la nuit c'est difficile pour pas réveiller mon chum. Je me mettrai pas à parler dans mon petit enregistreur, donc c'est ça. Rêve blanc pour mardi.* » / ex. 2 : « *C'est vraiment n'importe quoi cette recherche* »);
- Il peut arriver, très rarement, que le rêveur tienne des propos concernant une peur irrationnelle, voire paranoïaques par rapport à la tâche (p.ex., « *L'enregistrement vous allez le faire écouter au FBI* ») ou un discours illogique qui semble dénoter une perte de contact avec la réalité (« *Je sais que le diable est entré dans ma tête pendant que je rêvais* »). Bien que cela puisse être intrinsèquement lié à une incohérence, ces indices ne sont pas uniquement liés au discours; dans ce cas, une cote de -1 est attribuée;
- Si le rêveur explique qu'il ne se souvient pas de son rêve, mais qu'il n'y a pas d'agressivité ou d'hostilité dans le narratif, ne pas coter le verbatim. Il s'agit ainsi d'un verbatim que nous considérons tel un *Rêve blanc*;

- Un rêveur peut avoir une série de verbatims de rêves (p.ex., dans la même nuit, au cours d'une période indéterminée). Il s'agira alors d'établir le score global de FR pour chacun de ceux-ci, puis d'effectuer la moyenne de tous les scores de FR collectés pour un même participant afin de déterminer son score final de FR;
- En somme, si un doute subsiste quant à la cote à attribuer, se rappeler que l'examineur peut se fier à son impression clinique au-delà des critères.

## Dimensions

### Dimension principale: États mentaux

**Concept général** : La mentalisation, ou fonction réflexive (FR), représente la capacité que possède un individu à percevoir et interpréter ses comportements et ceux d'autrui en fonction d'états mentaux, tels que des besoins, des désirs, des pensées, des émotions, des croyances et des intentions. Mentaliser implique une capacité à traiter les idées et les affects comme étant des représentations mentales uniques et subjectives, ne signifiant pas pour autant que cela incarne une reconnaissance exacte de la réalité externe. La mentalisation peut être **implicite**, c'est-à-dire automatique, intuitive et non consciente ou **explicite** en étant consciente, contrôlée et réfléchie permettant ainsi d'élaborer les états mentaux.

### Les états mentaux peuvent se présenter de différentes façons dans le récit :

- Les états mentaux du rêveur dans son rêve
- Les états mentaux des autres personnages dans le rêve
- Les états mentaux du rêveur à l'éveil

**Si un état mental est nommé ou une image contextualisante (IC) est présente** : il peut y avoir présence de contre-exemples ou d'un aspect défensif face à l'exploration du monde interne. Par exemple : « *Heu ça s'est passé tout d'un coup, il était vraiment fâché, pourquoi je m'en rappelle pas, ben, il avait pas de, il avait pas de pourquoi dans le fond* ». En somme, il s'agit d'une forme d'annulation de l'aspect mentalisant ou d'une entrave à la réflexivité.

### Mentalisation EXPLICITE

✚ Y a-t-il un ou des états mentaux qui sont nommés (besoins, désirs, pensées, émotions, croyances et intentions)?

- Exemple d'émotion : « *J'étais triste* »; « *Il était fâché* »; « *Il était énervé* »

**N.B.** En ce qui concerne le dégoût, il est important d'effectuer la distinction entre ce qui relève du dégoût psychologique (p.ex., « *Je suis dégoûtée par son attitude* ») qui correspondrait à une cote d'état mental de 5, du dégoût centré sur le physiologique qui correspondrait à une cote d'état mental de 3.

**N.B.** Si le rêveur dit « *Je me sentais bien* », mais sans élaborer davantage, attribuer une cote de 3.

- Exemple de besoin : « *J'avais besoin qu'elle m'écoute à ce moment-là* »
- Exemple de désir : « *J'avais vraiment envie d'aller la voir* »
- Exemple de pensée : « *Je ne pensais pas que cela allait lui faire de la peine* » ; « *J'hésite* »
- Exemple de croyance : « *J'étais certaine nous allions au cinéma* » ; « *Je croyais que c'était cela que tu voulais dire* »
- Exemple d'intention : « *Je ne voulais pas lui faire de peine en faisant cela* »

✚ Exemples de verbalisations qui ne consistent pas en des états mentaux :

- « *J'avais l'impression de trouver de belles surprises* » ; « *J'avais l'impression que j'étais dans mon environnement de travail* » ;
- Lorsque le rêveur attribue des caractéristiques à certains personnages de son rêve, par exemple « *C'était une dame plutôt agréable* » « *sympathique* ».

✚ Est-ce que le rêveur fait référence à ses états mentaux à l'éveil? Par exemple : « *Je me sens triste ce matin suite à mon rêve* ».

✚ Est-ce que le rêveur fait clairement référence à l'examineur et ce, en termes d'états mentaux (p.ex., « *Peut-être que vous allez trouver mon rêve triste* »)?

- À distinguer de référence à l'examineur qui s'inscriraient davantage dans la structure du récit à prendre en considération dans la dimension secondaire Cohérence (p.ex., « *Mon rêve est fini. Merci.* »).

✚ Y a-t-il présence de verbalisations concernant un doute du rêve sur sa capacité à distinguer ce qui relève de sa production onirique de sa vie diurne (confusion rêve-réalité)?

- À distinguer d'une confusion vécue par l'examineur dans la distinction de ce qui appartient au récit onirique de la vie diurne du rêveur et qui référerait à la dimension complémentaire *Cohérence*.

✚ Y a-t-il un effort explicite d'identifier les états mentaux sous-tendant un comportement?

### **Effort explicite d'identifier les états mentaux sous-tendant un comportement :**

1. Attribution juste d'un état mental à partir de l'observation d'un comportement (de soi/ de l'autre). Par exemple, « *Ma fille s'est alors virée de bord et a marché dans l'autre direction...j'ai su que c'était parce qu'elle était furieuse du fait que je n'avais pas passé la soirée avec elle* » ;
2. Envisager qu'un sentiment puisse découler d'aspects non observables d'une situation. Par exemple, reconnaître que son état mental, par exemple l'impatience envers son enfant, est attribuable à l'absence de son conjoint, plutôt qu'en raison de caractéristiques spécifiques à l'enfant. À l'inverse, concevoir qu'un même sentiment puisse n'avoir aucun lien avec le contexte observable ;
3. Reconnaissance de différentes perspectives ;
4. Prendre en considération que son propre état mental puisse jouer sur l'interprétation des comportements des autres (p.ex., « *Je me suis sentie rejetée* »).

*lorsque j'ai voulu un câlin et que mon enfant m'a repoussé, même si je sais que c'est parce qu'il est en période d'exploration. C'est mon problème le fait que je me sente comme cela! »);*

5. Reconnaître le potentiel impact qu'un état mental puisse avoir sur un comportement (ou un autre état mental) par rapport à soi ou aux autres. Ce type de raisonnement débute toujours avec un état mental (le sien ou celui d'un autre), et la tentative de comprendre l'impact de ces états mentaux sur ses comportements ou ceux des autres. Par exemple : *« J'étais fâchée donc je me suis mise à être davantage agressive dans mes paroles envers mon ami. J'imagine que ce dernier s'est senti coupable puisqu'il s'est mis à s'excuser »;*
6. Prendre en considération que la façon dont les autres nous perçoivent influence nos actions et réactions ainsi que celles des autres à notre égard (p.ex : *« Mon copain me dit toujours que je suis contrôlante, mais dans les faits je suis anxieuse. Je sais que ça le rend fou! »;*)
7. Capacité à se rappeler et penser les états mentaux de manière spontanée et vivide.
  - Différent d'une manière de parler qui serait plus « clichée».

 Y a-t-il une conscience de la nature des états mentaux?

### Conscience de la nature des états mentaux

1. Opacité des états mentaux (c'est-à-dire que l'on ne peut savoir avec certitude ce qui se passe dans la tête d'une autre personne)
  - Plus particulièrement, l'opacité va se manifester lorsque le rêveur va indiquer qu'il ne peut pas être certain de l'état mental d'une autre personne et que, ce faisant, il ne peut que spéculer. Des qualificatifs tels que *« peut-être »*, *« je n'en suis pas sûr »* ou *« pourrait »* sont de bons indicateurs de reconnaissance de l'opacité;
2. États mentaux sont susceptibles d'être masqués (c'est-à-dire qu'une personne peut volontairement ne pas montrer ou exprimer ses états mentaux);
3. Reconnaissance des limitations de la capacité à savoir ce qui se passe dans l'esprit d'une autre personne (p.ex. : *« Personne a l'air de vraiment apprécier ce qu'il offre»*).

**ATTENTION!** L'opacité et la reconnaissance des limitations de la capacité à savoir ce qui se passe dans l'esprit d'une autre personne sont très similaires; il s'agit donc de deux dimensions d'une même catégorie. S'il y a présence des deux dans un verbatim, seulement un des deux devrait être pris en considération pour le score de FR.

## Mentalisation IMPLICITE

**Image contextualisante (IC):** Image puissante du rêve qui permet de contextualiser l'émotion du rêveur, sans que celle-ci ne soit explicitement nommée. L'IC devient très souvent le point central ou focal du rêve. À noter que, dans un cauchemar, la IC est le plus souvent l'image effrayante et vivide juste avant le réveil.

**Exemple 1 :** « *J'étais sur une plage avec une amie; je crois que c'était Jane. Le soleil brillait. Mais soudainement, le ciel est devenu noir, une tempête s'est levée et cette immense vague s'est jetée sur nous et nous a emportée. Je tournais encore et encore. Je ne suis pas certaine que je suis remontée à la surface* » (**Score d'intensité de 3. IC = le raz-de-marée**).

Traduction libre tirée de Hartmann (2008).

**Exemple 2 :** « *Une ancienne petite amie est arrivée à mon appartement. Apparemment, je suis dans le processus de déménagement d'un appartement à trois chambres. Je me dispute avec A à propos de certaines choses dans l'appartement; elle parle peu. Puis des gens dans des vêtements colorés et brillants apparaissent et commencent à chanter et à danser. Les chambres sont ensuite pleines de gens New-Age qui dansent. Ils ne portent pas attention à moi. Je suis agacé par leur danse et par A pour avoir bougé mes choses. Certains parlent par rapport à la possibilité de bouger des cannes à pêche. C'est alors que B (nouvelle petite amie) se présente à l'appartement. Je lui demande : Tu as vraiment vu tout ce qui s'est passé?* » (**Score d'intensité de 1 ou 1.5. IC = L'appartement rempli de gens qui chantent et dansent. Il s'agit d'une image vivide, mais pas aussi puissante que le raz-de-marée, qui n'a pas décrit avec de nombreux détails**)

Traduction libre tirée de Hartmann (2008).

**Exemple 3 :** « *Je visite une amie. Nous avons une discussion par rapport à la religion. Après que nous ayons mangé, je lui dis que je dois aller faire des commissions et que je serai de retour pour la discussion sur la religion plus tard. Elle semble heureuse par rapport au fait que je vais revenir. Alors que je m'en vais, je réalise que je n'ai jamais eu l'adresse de l'endroit où je me dirige. Mais j'y ai déjà été et j'ai un bon sentiment que je pourrai le retrouver. Je conduis sur cette route près de l'eau et je ne suis pas certaine comment je peux accéder à cette autre route où je dois aller. Je passe près d'une moto. J'entends de la musique à la radio et un animateur annoncer quelque chose par rapport à un nouvel album qui devient populaire. À un certain moment, je réalise que j'avais promis que je resterais à cet endroit pour trois nuits, mais que je suis resté à la maison la nuit dernière* » (**Score d'intensité de 0. Absence de IC**).

Traduction libre tirée de Hartmann (2008).



- ✚ Y a-t-il présence d'une image contextualisante (IC)?
- Pour être considérée, l'IC doit être puissante, marquante, vivide, bizarre ou détaillée (p.ex., un raz-de-marée);
  - Elle peut aussi se présenter sous forme de condensation, c'est-à-dire que divers éléments peuvent être rassemblés en une unité unique. Par exemple : « *J'ai rêvé que je me disputais avec mon chum, mais mon chum en fait dans mon rêve c'était mon ex, le père de mon fils* ». Par ailleurs, cette IC devient davantage puissante lorsqu'elle est soit le fil conducteur de l'histoire ou qu'elle prend une grande place dans celle-ci;
  - Le caractère surprenant de l'image est un bon indicateur qu'il s'agit d'une IC;
  - Coter selon le tableau suivant (possibilité de demi-points entre 0 et 3; p. ex., 1.5) :

0 IC Absente	1 IC peu puissante	2 IC modérément puissante	3 IC très puissante
Absence d'IC	Présente, mais faible (peu puissante, vivide ou détaillée)	IC marquante, vivide, détaillée, davantage puissante	IC très puissante, intense, vivide

- ✚ Y a-t-il des indices d'une mentalisation implicite par des réactions, des paroles ou comportements dénotant une réponse automatique, intuitive et non consciente? Cela fait davantage appel à un savoir-être ou un savoir-faire. Sans prendre le temps pour réfléchir et parler des états mentaux de manière explicite, l'individu mentalise de façon rapide pour guider son action. Par exemple, poser sa main sur l'épaule de quelqu'un qui pleure, avant même d'avoir réfléchi à la cause de ce comportement.

- ✚ Y a-t-il des indices d'une mentalisation implicite en lien avec l'examineur? Par exemple : mises en contexte (« *Samuel, c'est mon garçon dans la vraie vie* »), des préambules (p.ex., « *Bon matin* ») et des formules de fin (« *Merci. Passez une belle journée* »), qui ne sont pas uniquement liées à la cohérence du discours (exemples de préambule que nous coterions dans la dimension complémentaire *Cohérence* : « *Le rêve que j'ai fait cette nuit c'est...* » ou « *heu fait qu'en gros c'est ça* »). On peut prendre en considération que le rêveur est conscient qu'il sera écouté ou lu et que, conséquemment, son discours doit être compréhensible pour l'autre.

### Cotation de la dimension États mentaux

Ce qui correspondrait à une cote de **-1** : Il peut y avoir incapacité pour le rêveur à déterminer si un événement ou une expérience s'est produit dans un état d'éveil, ce qu'il exprime de façon explicite (p.ex.: « *Je ne sais pas si j'ai vraiment été prendre un couteau dans la cuisine pour tuer quelqu'un cette nuit ou si c'était dans mon rêve* »), que nous pouvons appeler la confusion rêve-réalité (N.B. À ne pas confondre avec la confusion vécue

par l'examineur quant au récit du rêve, qui appartiendrait davantage à la dimension complémentaire *Cohérence*).

Ce qui correspondrait à une cote de 1 : Aucun état mental n'est nommé. Le récit est centré sur les descriptions factuelles, les comportements et/ou les sensations physiques, c'est-à-dire qu'il y a grande présence d'éléments concrets. Absence d'IC. Déterminer également cette cote s'il y a expression d'une équivalence rigide entre le contenu onirique et les caractéristiques personnelles/situations de vie du rêveur (p.ex. : « *J'aurais jamais fait ça dans ma vie, mais puisque je l'ai fait dans mon rêve, ça veut dire que dans le fond j'en serais capable dans la réalité* »).

Ce qui correspondrait à une cote de 3 : Lorsqu'un état mental est nommé, il est rapporté avec peu d'élaboration, s'appuyant uniquement sur l'aspect physiologique (p.ex., « *elle était stressée car elle marchait vite* »). Capacité à traiter le rêve comme un état de conscience différent de l'éveil (pas d'équivalence). Le rêveur peut avoir des propos tels que « *c'est bizarre* » par rapport à son rêve, il ne perd pas de points. S'il y a une IC, elle est faible (score de 1 ou 1.5 à l'échelle). S'il n'y a pas d'états mentaux ni de IC, il doit y avoir tout de même un effort de mise en contexte, de prise en compte de l'autre (critère de mentalisation implicite).

Ce qui correspondrait à une cote de 5 : Dès qu'il y a présence d'un état mental dans le discours avec élaboration simple (« *Je suis frustrée que mon patron m'ait donné cette tâche-là à faire* ») **OU** présence d'une IC de 1.5-2. S'il y a référence à l'examineur, mais qu'il n'y a pas présence explicite d'un état mental (« *Écoutez, c'est dégueulasse ce que je vais raconter, mais bon je vais le faire pareil* » VS « *Écoutez, ça se peut que vous trouviez ça dégueulasse ce que je vais raconter* » qui correspondrait davantage à une cote de 7). Capacité à traiter le rêve comme un état de conscience différent de l'éveil (pas d'équivalence). Le rêveur peut avoir des propos tels que « *c'est bizarre* » par rapport à son rêve, il ne perd pas de points.

Ce qui correspondrait à une cote de 7 : 2 états mentaux sont nommés explicitement. Référence à la nature ou aux propriétés de ces états mentaux. Par exemple, comment des états mentaux sont liés à des comportements. Perspective interactionnelle et dynamique des états mentaux **OU** présence d'une IC de 2-2.5 combiné à au moins 1 état mental nommé explicitement avec référence à la nature ou aux propriétés de celui-ci. Peut y avoir présence de verbalisations visant à dissocier le contenu du rêve de la réalité (Moi dans la vie VS Moi dans le rêve), mais pas obligatoire. S'il y a référence à l'examineur, présence d'états mentaux qui comportent une capacité à reconnaître la séparation des esprits du rêveur et de l'examineur.

Ce qui correspondrait à une cote de 9 : Présence de 3 états mentaux ou plus. Conscience de la nature des états mentaux (opacité, masquage, reconnaissance des limitations) et effort explicite d'identifier les états mentaux sous-tendant un comportement **OU** 2 états mentaux combinés à une IC de 2.5-3. Importance de la perspective interactionnelle et dynamique des états mentaux. S'il y a référence à l'examineur, présence d'états mentaux qui comportent une capacité à reconnaître la séparation des esprits du rêveur et de l'examineur; capacité à reconnaître que l'examineur ne sait pas tout; Empathie à l'égard de l'examineur sur la base d'hypothèses plausibles quant à ce que le rêve pourrait

lui susciter comme état mental. Peut y avoir présence de verbalisations visant à dissocier le contenu du rêve de la réalité (Moi dans la vie VS Moi dans le rêve), mais pas obligatoire.

## Dimension complémentaire #1 : Cohérence

**Concept général :** La notion de cohérence, selon Mary Main (1991,1995), représente un moyen de considérer la fluidité du récit. Les récits incohérents sont ainsi caractérisés par des contradictions, des lacunes dans le raisonnement, changements de pronoms, propos non pertinents, oscillations, intrusions dans l'histoire ou perturbations de celle-ci (p.ex., propos sortant du sujet). En somme, nous pouvons définir la cohérence pour la présente échelle comme la capacité à offrir un récit clair, compréhensible et détaillé. Le lecteur n'a donc pas besoin de fournir un effort ou d'utiliser son imagination afin de comprendre le rêve.

**N.B.** Il est important de garder en tête que le contenu d'un rêve est souvent en soi étrange, bizarre et ardu à rapporter. Le score de cohérence est donc basé principalement sur l'impression générale à la lecture d'un récit plutôt que sur des indices ponctuels et circonscrit d'incohérence.

Quelques questions à se poser à la lecture d'un rêve :

- ✚ Est-il nécessaire d'effectuer une relecture (indice important pointant vers de l'incohérence)?
- ✚ Le fil de l'histoire est-il facile à comprendre et fluide? La lecture est-elle laborieuse ou est-ce que les phrases sont généralement compréhensibles?
- ✚ Le rêveur fait-il des efforts pour bien mettre en contexte les personnages, les lieux, les situations?
- ✚ Y a-t-il présence de mises en contexte du récit à l'aide d'un préambule ou d'une phrase de terminaison (p.ex., « *cette nuit j'ai rêvé que...* »)?
- ✚ Le discours direct VS narratif : si le rêveur utilise le discours direct (p.ex., utilise les mots de son/ses personnages, fait des citations) comme un substitut au récit narratif, ou si le discours direct prend une trop grande place dans le récit (impression générale de l'examineur, par exemple le rêveur effectue beaucoup de citations qui auraient pu être rapportées de manière narrative), cela impacte la cohérence. Par contre, ne pas pénaliser si c'est une manière ponctuelle d'illustrer un événement.
- ✚ Est-il aisé de déterminer ce qui appartient à la production onirique de ce qui relève de la vie diurne ou, au contraire, il y a confusion?  
**N.B.** Ce n'est pas le rêveur qui exprime une confusion, c'est plutôt par le récit en lui-même que l'examineur remarque une confusion, une difficulté à établir si ce que le rêveur raconte lui est arrivé ou s'il l'a rêvé.
- ✚ Y a-t-il intrusions dans le discours? Par exemple, le rêveur s'arrête dans son récit onirique et commence à raconter quelque chose qui n'est pas en lien ou qui n'a pas lieu d'être (p.ex., « *Il était assis sur le divan bleu, celui qu'on a pour vrai à la maison. D'ailleurs, on l'a acheté il n'y a pas longtemps, on a hésité, mais là il était en spécial et... (etc)* »).

- ✚ Est-ce qu'il y a présence de référence explicite à l'examineur, cette dernière s'inscrivant dans la structure du récit :
  - **Explicite** : Propos référant directement à l'examineur, mais neutres et étant liés à la structure du discours (p.ex., « *Bonjour* », « *C'est fini. Merci.* »). Ils sont donc à distinguer des références à l'examineur qui sont pris en considération dans la dimension principale *États mentaux*.

### **Cotation de la dimension complémentaire *Cohérence***

- ♦ Enlever 1 point du score global du rêve s'il y a des bris importants de la cohérence ou si le récit est chaotique et incompréhensible.
- ♦ Ne pas enlever de point au score global du rêve si le récit est généralement cohérent.

#### Récit cohérent ou généralement cohérent, par exemple :

- S'il y a référence à l'examineur, soit cela aide à la structure du récit ou sinon cela est sans impact;
- Il y a présence de mise en contexte;
- Le fil narratif est généralement clair, l'attitude est collaborante;
- Il peut y avoir des difficultés circonscrites à des moments précis du rêve (p.ex., manque de rappel à la toute fin, syntaxe laborieuse à certains moments);
- Un participant peut montrer une certaine incohérence au début de son récit, mais son discours devient rapidement cohérent, ce qui n'influence pas la compréhension du lecteur;
- Il peut y avoir, au début du récit, une certaine incohérence (p.ex., causée par la fatigue), mais qui est rapidement contenue et qui fait place à un discours compréhensible.

#### Récit incohérent ou bris important(s) de la cohérence, par exemple :

- Lorsqu'il n'y a aucun indice de cohérence, récit chaotique;
- Lorsqu'un effort mental important est nécessaire pour comprendre le rêve (par exemple, devoir le relire);
- Possibilité qu'il soit ardu pour l'examineur de déterminer si un événement raconté appartient à la vie diurne ou au récit onirique;
- S'il y a un indice de cohérence, il est faible et circonscrit;
- Le récit présente des coupures et/ou des intrusions;
- Le discours direct est utilisé comme un substitut au discours narratif OU le discours direct prend une trop grande place dans le récit;
- Lorsque le rêveur devient incohérent et gâche ainsi son récit, surtout vers la fin.

## Dimension complémentaire #2 : Recherche de sens

**Concept général :** Le rêveur peut parfois prendre une perspective originale et surprenante concernant sa production onirique. Il peut notamment effectuer des liens autobiographiques et/ou tenter de comprendre la symbolique de son rêve en lien avec les situations de sa vie. Cela pourrait aussi montrer qu'il comprend que son rêve vise à assimiler, maîtriser et résoudre les préoccupations qu'il a à l'éveil.

Quelques questions à se poser à la lecture d'un rêve :

- ✚ Est-ce que le rêveur fait des liens avec sa vie actuelle?
- ✚ Est-ce que le rêveur fait des liens avec son passé? Avec ses aspirations futures?
- ✚ Est-ce que le rêveur fait des liens avec ses traits de personnalité ou celles de membre de sa famille, amis, collègues de travail, etc?
- ✚ Est-ce que le rêveur fait des liens entre le narratif d'un rêve et un autre (continuité inter-récits)?
- ✚ Est-ce que les liens effectués sont recherchés, incarnés et spontanés, c'est-à-dire qu'ils ne semblent pas plaqués ou calqués sur quelque chose de déjà connu (p.ex., « *rien n'arrive pour rien* »)?

### Cotation de la dimension complémentaire *Recherche de sens*

Aucune référence à une recherche de sens : Aucune augmentation de points.

Liens simples (ajout de 1-1 ½ point) : « *C'est drôle parce que j'ai vu cette amie-là hier, j'imagine que c'est peut-être une raison pourquoi j'ai rêvé à elle cette nuit* ». Peut y avoir présence d'un lien pouvant ressembler à ce qui correspondrait à un lien élaboré, mais ce dernier semble toutefois plaqué.

Liens élaborés (ajout de 2-2 ½ points) : Recherche de sens de la symbolique du rêve en lien avec traits de personnalité ou vie actuelle, passée, future. Perspective originale et surprenante. « *Je pense que c'est lié aussi à des résonances personnelles avec parfois ma difficulté à moi à pas offrir sans compter et à pas faire attention à mes propres ressources en termes d'énergie, en terme de quantité de travail* »

# ÉCHELLE DE FONCTION RÉFLEXIVE ADAPTÉE AUX PRODUCTIONS ONIRIQUES (ÉFRAPO)

(Mathieu, Achim & Simard, 2017)

Identification du/de la participant(e) :

Rêve n°


Y a-t-il présence d'une critique, voire d'une hostilité face à la tâche ou à l'examineur? Oui ☐ Non ☐

Y a-t-il présence d'une peur irrationnelle ou d'un discours illogique qui semble dénoter une perte de contact avec la réalité? Oui ☐ Non ☐

-----> Si oui, accorder un score de -1 et ce, même si le rêveur nous partage son récit et qu'il y a un état mental nommé. Rapporter le score dans la case prévue (p. 3)

Dimension principale États mentaux	Dimension complémentaire #1 Cohérence	Dimension complémentaire #2 Recherche de sens
<p><b>Comment se présentent les états mentaux?</b></p> <p>Du rêveur dans son rêve <input type="checkbox"/></p> <p>Les autres personnages dans le rêve <input type="checkbox"/></p> <p>Du rêveur à l'éveil <input type="checkbox"/></p> <p>Ne s'applique pas <input type="checkbox"/></p> <p><b>Y a-t-il présence de contre-exemple(s) ou d'un aspect défensif à explorer le monde interne, bien qu'il y ait des états mentaux qui soient nommés ou présence d'une Image Contextualisante (IC)?</b></p> <p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Non <input type="checkbox"/></p> <p><u>ÉTATS MENTAUX EXPLICITES</u></p> <p><b>Y a-t-il un ou des états mentaux qui sont nommés (p.ex., triste)?</b></p> <p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Combien : _____</p> <p>Lequel/Lesquels : _____</p> <p>De quels types d'états mentaux il s'agit (p.ex., cognition, émotion) : _____</p> <p>_____</p>	<p><b>Récit généralement cohérent</b> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Dans ce cas : Pas de point accordé ou soustrait</i></p> <p><b>Bris de la cohérence/récit incohérent</b> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Dans ce cas : - 1point</i></p> <p><u>Indices de bris de la cohérence</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Présence</b> <input type="checkbox"/></p> <p>- Lien(s) simple(s) <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>- Lien(s) élaboré(s) <input type="checkbox"/></p>

<p><b>Identification des états mentaux sous-tendant un comportement?</b></p> <p>Attributions précises d'états mentaux <input type="checkbox"/></p> <p>Possibilité que ce soit non lié à l'aspect observable <input type="checkbox"/></p> <p>Reconnaissance de différentes perspectives <input type="checkbox"/></p> <p>Altérations de l'interprétation <input type="checkbox"/></p> <p>Impacts des états mentaux sur les comportements <input type="checkbox"/></p> <p>Perceptions en lien avec les actions <input type="checkbox"/></p> <p>Rappel spontané et vives <input type="checkbox"/></p> <p>Ne s'applique pas <input type="checkbox"/></p> <p><b>Conscience de la nature des états mentaux?</b></p> <p>Opacité <input type="checkbox"/></p> <p>Masquage <input type="checkbox"/></p> <p>Reconnaissance des limitations <input type="checkbox"/></p> <p>Ne s'applique pas <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><u>ÉTATS MENTAUX IMPLICITES</u></p> <p><b>Y a-t-il présence d'une Image Contextualisante (IC)?</b></p> <p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Laquelle : _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0.5 <input type="checkbox"/></li> <li>• Peu puissante : 1 <input type="checkbox"/></li> <li>• 1.5 <input type="checkbox"/></li> <li>• Modérément puissante : 2 <input type="checkbox"/></li> <li>• 2.5 <input type="checkbox"/></li> <li>• Très puissante : 3 <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>Absence d'IC <input type="checkbox"/></p> <p><b>Présence de réactions, paroles, ou comportements dénotant une réponse automatique, intuitive et non consciente?</b></p>	<div style="border: 1px solid black; background-color: #d9e1f2; padding: 10px; text-align: center; margin: 20px auto; width: 120px;"> <b>DONC</b>        - _____ points     </div>	<div style="border: 1px solid black; background-color: #d9e1f2; padding: 10px; text-align: center; margin: 20px auto; width: 120px;"> <b>DONC</b>        + _____ points     </div> <p>Absence <input type="checkbox"/></p>
--	--	--

<p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Non <input type="checkbox"/></p> <p>Prise en considération de la perspective de l'autre, par exemple de l'examineur (p.ex., mise en contexte des lieux, des personnages, « Annie, c'est ma belle-sœur dans la vraie vie »)?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Non <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;"><b>EN SOMME</b></p> <p>États mentaux explicites <input type="checkbox"/></p> <p>États mentaux implicites <input type="checkbox"/></p> <p>Présence d'émotions <input type="checkbox"/></p> </div> <p>Score de la dimension ÉTATS MENTAUX: _____</p>		
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• États mentaux (entre 1 et 9 points) : _____ points           <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cohérence (0 ou -1) :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- _____ points</li> </ul> </li> <li>➤ Recherche de sens (entre 0-2.5):               <ul style="list-style-type: none"> <li>+ _____ points</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Si critique ou hostilité face à la tâche ou à l'examineur : -1</li> <li>• Si propos relevant de la bizarrerie, pas seulement discours incohérent : -1</li> </ul> </div> <div style="flex: 1; text-align: center;">  </div> <div style="flex: 0.5; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #d9e1f2;"> <p><b>SCORE GLOBAL DE FR DU RÊVE</b></p> <p>_____</p> </div> </div> </div>		



**Appendice B**  
Questionnaire sociodémographique pour l'échantillon de développement  
et de validation de l'ÉFRAPO

## Questionnaire d'information sociodémographique et générale

1. Sexe de l'enfant/adolescent participant : \_\_\_\_\_
2. Date de naissance de l'enfant (jour/mois/année) : \_\_\_\_\_
3. Pays de naissance de l'enfant : \_\_\_\_\_
4. Religion : \_\_\_\_\_
5. Si une religion est mentionnée, l'enfant/adolescent la pratique-t-il sur une base régulière? \_\_\_\_\_
6. Votre date de naissance (jour/mois/année) : \_\_\_\_\_
7. Votre pays de naissance : \_\_\_\_\_
8. Si le pays de naissance n'est pas le Canada, en quelle année vous vous êtes installé(e) au Canada? \_\_\_\_\_
9. Religion : \_\_\_\_\_
10. Si une religion est mentionnée, la pratiquez-vous sur une base régulière?  
\_\_\_\_\_
11. Pays de naissance de l'autre parent : \_\_\_\_\_
12. Si le pays de naissance n'est pas le Canada, en quelle année s'est-il (elle) installé(e) au Canada? \_\_\_\_\_
13. Religion : \_\_\_\_\_
14. Si une religion est mentionnée, le père la pratique-t-il sur une base régulière?  
\_\_\_\_\_
15. Quelle est votre situation avec l'autre parent de l'enfant/adolescent (cochez la bonne réponse)?
  - a. Nous sommes mariés \_\_\_\_\_
  - b. Nous sommes conjoints de fait \_\_\_\_\_
  - c. Nous sommes divorcés \_\_\_\_\_
  - d. Nous sommes séparés \_\_\_\_\_
  - e. Je suis veuf(ve) \_\_\_\_\_
  - f. Autre \_\_\_\_\_  
Si autre, précisez \_\_\_\_\_
16. Quelle est la situation de vie de l'enfant/adolescent (cochez la réponse qui s'applique le mieux)?
  - a. Vit avec ses deux parents biologiques \_\_\_\_\_
  - b. Vit avec un parent biologique (garde exclusive) \_\_\_\_\_
  - c. Vit en garde partagée \_\_\_\_\_
  - d. Vit en famille recomposée \_\_\_\_\_
  - e. Vit avec des parents adoptifs \_\_\_\_\_
  - f. Autre \_\_\_\_\_  
Si autre, précisez \_\_\_\_\_

17. Combien votre enfant/adolescent participant a-t-il...

- a. ... de frères et de sœurs (partageant les mêmes parents biologiques)?  
\_\_\_\_\_
- b. ... de demi-frères et demi-sœurs (partageant un seul parent biologique)?  
\_\_\_\_\_
- c. ...de frères et sœurs de famille recomposée (ne partageant aucun parent biologique)?  
\_\_\_\_\_

18. Principale langue parlée à la maison : \_\_\_\_\_

19. Seconde langue parlée à la maison (si applicable) : \_\_\_\_\_

20. Quelle est votre occupation ou emploi? \_\_\_\_\_

21. Quelle est l'occupation de l'autre parent de l'enfant? \_\_\_\_\_

22. Quel est le plus haut niveau de scolarité atteint par vous et l'autre parent de l'enfant/adolescent participant?

#### **Père**

Primaire non complété : \_\_\_\_\_

Primaire complété : \_\_\_\_\_

Secondaire général non complété : \_\_\_\_\_

Secondaire général complété : \_\_\_\_\_

**Ou** diplôme d'étude professionnelles (D.E.P.) : \_\_\_\_\_

Études collégiales générales non complétées : \_\_\_\_\_

Études collégiales générales complétées : \_\_\_\_\_

**OU** diplôme d'études collégiales (D.E.C.) : \_\_\_\_\_

Baccalauréat non complété : \_\_\_\_\_

Baccalauréat complété : \_\_\_\_\_

Deuxième cycle universitaire non complété : \_\_\_\_\_

Deuxième cycle universitaire complété : \_\_\_\_\_

Troisième cycle universitaire non complété : \_\_\_\_\_

Troisième cycle universitaire complété : \_\_\_\_\_

#### **Mère**

Primaire non complété : \_\_\_\_\_

Primaire complété : \_\_\_\_\_

Secondaire général non complété : \_\_\_\_\_

Secondaire général complété : \_\_\_\_\_

**Ou** diplôme d'étude professionnelles (D.E.P.) : \_\_\_\_\_

Études collégiales générales non complétées : \_\_\_\_\_

Études collégiales générales complétées : \_\_\_\_\_

**OU** diplôme d'études collégiales (D.E.C.) : \_\_\_\_\_

Baccalauréat non complété \_\_\_\_\_  
 Baccalauréat complété : \_\_\_\_\_  
 Deuxième cycle universitaire non complété : \_\_\_\_\_  
 Deuxième cycle universitaire complété : \_\_\_\_\_  
 Troisième cycle universitaire non complété : \_\_\_\_\_  
 Troisième cycle universitaire complété : \_\_\_\_\_

23. Dans quelle tranche de revenu se situe votre revenu familial (avant impôts)?

- a. Moins de 20 000\$ \_\_\_\_\_
- b. 20 001\$ - 40 000\$? \_\_\_\_\_
- c. 40 001\$ - 60 000\$? \_\_\_\_\_
- d. 60 001\$ - 80 000\$? \_\_\_\_\_
- e. 80 001\$ - 100 000\$? \_\_\_\_\_
- f. 100 001\$ - 120 000\$ \_\_\_\_\_
- g. Plus de 120 000\$ \_\_\_\_\_

24. Niveau scolaire de l'enfant : \_\_\_\_\_

25. Y a-t-il eu redoublement? \_\_\_\_\_ -

26. Comment décririez-vous votre enfant/adolescent participant en 3 mots?

- 1 - \_\_\_\_\_
- 2 - \_\_\_\_\_
- 3 - \_\_\_\_\_

27. Comment décririez-vous la relation avec votre enfant/adolescent participant en 3 mots?

- 1 - \_\_\_\_\_
- 2 - \_\_\_\_\_
- 3 - \_\_\_\_\_

Merci d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire!

### **Appendice C**

Questionnaire sociodémographique pour l'échantillon de femmes enceintes  
(Lara-Carrasco, 2013)

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX – Femmes enceintes

### **Identification :**

Date d'aujourd'hui (jour/mois/année) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Date de naissance (jour/mois/année) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Langue maternelle : \_\_\_\_\_

No de téléphone (nous vous recontacterons 10 semaines après l'accouchement) : \_\_\_\_\_

Pays d'origine : \_\_\_\_\_

Langue parlée à la maison : \_\_\_\_\_

### **Questions sur votre grossesse :**

1. À combien de semaines de grossesse en êtes-vous présentement?: \_\_\_\_\_ semaines
2. Avez-vous eu des complications durant votre grossesse (ex., saignements importants, vous avez dû être alitée, menace d'un avortement spontané, etc.) :  
Oui \_\_ Non \_\_
3. Quelle est la date prévue d'accouchement?: \_\_\_\_\_
4. Prévoyez-vous accoucher par césarienne?: Oui \_\_ Non \_\_
5. Votre grossesse était-elle planifiée? Oui \_\_ Non \_\_
6. Dans le passé, avez-vous déjà eu une ou des fausses couches? Oui \_\_ Non \_\_
7. Dans le passé, avez-vous déjà subi un avortement? Oui \_\_ Non \_\_
8. Avez-vous eu une ou des échographies au cours de votre grossesse? Oui \_\_ Non \_\_  
Si oui, avez-vous déjà procédé à une échographie 3D? Oui \_\_ Non \_\_
9. Vous aurez : Garçon \_\_\_\_ Fille \_\_\_\_ Ne sait pas encore \_\_\_\_

### **Questions sociodémographiques :**

1. Avez-vous un travail rémunéré? Oui \_\_ Non \_\_  
Si oui, quelle est votre profession?: \_\_\_\_\_  
Si non, quelle est votre occupation actuelle? Étude \_\_\_\_ Recherche d'emploi \_\_\_\_  
Au foyer \_\_\_\_
2. Si vous avez un travail rémunéré (ou que vous êtes aux études), présentement, travaillez-vous (ou étudiez-vous) : À temps plein \_\_\_\_ À temps partiel \_\_\_\_ En congé de maternité \_\_\_\_

3. Quel est votre revenu familial annuel, avant impôts?
- a. 0 - 10 000\$ \_\_\_\_
  - b. 10 001 – 20 000\$ \_\_\_\_
  - c. 20 001 – 30 000\$ \_\_\_\_
  - d. 30 001 – 40 000\$ \_\_\_\_
  - e. 40 001 – 50 000\$ \_\_\_\_
  - f. 50 001 – 60 000\$ \_\_\_\_
  - g. 60 001 – 75 000\$ \_\_\_\_
  - h. 75 001\$ et plus \_\_\_\_
4. Éducation
- a. École primaire non complétée \_\_\_\_
  - b. École primaire complétée \_\_\_\_
  - c. École secondaire non complétée \_\_\_\_
  - d. École secondaire complétée \_\_\_\_
  - e. Cégep non complété \_\_\_\_
  - f. Cégep complété \_\_\_\_
  - g. Université non complétée \_\_\_\_
  - h. Université – Diplôme de 1<sup>er</sup> cycle \_\_\_\_
  - i. Université – Diplôme de 2<sup>ème</sup> cycle \_\_\_\_
  - j. Université – Diplôme de 3<sup>ème</sup> cycle \_\_\_\_
5. État civil (cochez un choix seulement) :
- a. Célibataire \_\_\_\_ *depuis* \_\_\_\_ (votre partenaire est-il le père du bébé?  
Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_)
  - b. Conjoint de fait \_\_\_\_ *depuis* \_\_\_\_ (votre partenaire est-il le père du bébé?  
Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_)
  - c. Mariée \_\_\_\_ *depuis* \_\_\_\_ (votre partenaire est-il le père du bébé? Oui \_\_\_\_  
Non \_\_\_\_)
  - d. Séparée \_\_\_\_ *depuis* \_\_\_\_
  - e. Divorcée \_\_\_\_ *depuis* \_\_\_\_
  - f. Veuve \_\_\_\_ *depuis* \_\_\_\_

### **Questionnaire d'auto-évaluation pour les mères**

Avoir un bébé apporte habituellement des changements dans la vie familiale. Veuillez répondre aux questions suivantes le mieux possible. Vos réponses sont confidentielles et demeureront privées.

**Votre vie familiale (Veuillez répondre aux questions suivantes à propos de votre vie familiale)**

*Facteurs familiaux*

1. Au sujet de ma grossesse, mon partenaire est :

Très heureux (1) (2) (3) (4) (5) Très malheureux

2. Au sujet de ma grossesse, ma famille est :

Très heureuse (1) (2) (3) (4) (5) Très malheureuse

3. Je me sens soutenue dans cette grossesse :

Beaucoup (1) (2) (3) (4) (5) Pas du tout

4. Entre mon partenaire et moi, qui s'occupera le plus du bébé?

Moi (1) (2) (3) (4) (5) Mon partenaire

*Facteurs de stress récents dans la vie (déménagement, changement ou perte d'emploi, maladie ou mort dans la famille, problèmes financiers, etc.)*

5. L'an dernier, ma vie a été :

Très calme (1) (2) (3) (4) (5) Très stressante

6. Je fais des changements dans ma vie durant cette grossesse : ( ) Oui ( ) Non  
Si c'est le cas, décrivez : \_\_\_\_\_

*Relation avec mon partenaire (si ça s'applique)*

7. Ma relation avec mon partenaire est habituellement :

Très heureuse (1) (2) (3) (4) (5) Très malheureuse

8. Après la naissance de l'enfant, je m'attends à ce que mon partenaire et moi nous entendions :

Très bien (1) (2) (3) (4) (5) Pas du tout



**Durant votre propre vie (Veuillez répondre aux questions suivantes au sujet de votre vie et de vos sentiments)**

9. Durant cette grossesse, je suis allée pour la 1<sup>ère</sup> fois consulter lorsque j'étais enceinte de \_\_\_\_ mois

10. Je compte suivre des cours prénataux : ( ) Oui ( ) Non ( ) Déjà fait

Sentiments au sujet de la grossesse

11. Au tout début de la grossesse, je me suis sentie :

Très heureuse (1) (2) (3) (4) (5) Très malheureuse

12. Maintenant, je me sens, à propos de cette grossesse :

Très heureuse (1) (2) (3) (4) (5) Très malheureuse

13. Je pense que mon bébé a déjà une personnalité : ( ) Oui ( ) Non

14. J'essaie d'imaginer ce que mon bébé est en train de faire dans mon ventre : ( ) Oui ( ) Non

15. Quand je pense à l'accouchement, je deviens inquiète :

Pas du tout (1) (2) (3) (4) (5) Beaucoup

Relation avec les parents

16. Quand j'étais enfant, je m'entendais avec mes parents :

Très bien (1) (2) (3) (4) (5) Pas du tout

17. Enfant, je me sentais aimée de ma mère :

Beaucoup (1) (2) (3) (4) (5) Pas du tout

18. Enfant, je me sentais aimée de mon père

Beaucoup (1) (2) (3) (4) (5) Pas du tout

Sentiments à propos du fait de devenir mère

19. J'ai des préoccupations à propos du fait de devenir mère :

Aucune (1) (2) (3) (4) (5) Beaucoup

Santé affective

20. Avez-vous des antécédents personnels de trouble(s) psychiatrique(s) majeur(s) (ex., trouble(s) de l'humeur, trouble(s) anxieux, schizophrénie, épisode(s) psychotique(s), etc.)?:

( ) Oui Si oui, pouvez-vous spécifier: Quel(s) trouble(s)? \_\_\_\_\_

( ) Non Quand? \_\_\_\_\_

Avez-vous été consulter?: ( ) Oui ( )

Non

21. Avez-vous présentement un/des trouble(s) psychiatrique(s) majeur(s) (ex., trouble(s) de l'humeur, trouble(s) anxieux, schizophrénie, épisode(s) psychotique(s), etc.)?:

( ) Oui Si oui, pouvez-vous spécifier: Quel(s) trouble(s)? \_\_\_\_\_

( ) Non Depuis quand? \_\_\_\_\_

Avez-vous été consulter?: ( ) Oui ( )

Non

22. Prenez-vous actuellement une médication pour un trouble psychiatrique?

( ) Oui Si oui, pouvez-vous spécifier : Pour quel(s) trouble(s)? \_\_\_\_\_

( ) Non Quelle médication? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Dans votre famille, y a-t-il des personnes qui souffrent ou qui ont souffert de trouble(s) psychiatrique(s) majeur(s) (ex., trouble(s) de l'humeur, trouble(s) anxieux, schizophrénie, épisode(s) psychotique(s), etc.)?:

( ) Oui Si oui, pouvez-vous spécifier: Quel(s) trouble(s)? \_\_\_\_\_

( ) Non

Usage d'alcool et de drogues durant la grossesse

24. Chaque semaine, je bois \_\_\_\_\_ verres (1 verre = 1 ½ oz de liqueur, 12 oz de bière, 5 oz de vin)

25. Il m'arrive de boire plus durant la semaine : ( ) Oui ( ) Non

26. Il m'est arrivé... :

...de sentir qu'il fallait que je boive moins : ( ) Oui ( ) Non

...d'être ennuyée par les gens qui me critiquaient parce que je buvais : ( ) Oui ( ) Non

...de me sentir coupable de boire : ( ) Oui ( ) Non

...de ressentir l'envie de prendre un verre en me levant : ( ) Oui ( ) Non

27. Je consomme de la drogue à usage récréatif, p.ex., de la marijuana  
Jamais (1) (2) (3) (4) (5) Très souvent

28. J'ai des problèmes de drogue : ( ) Oui ( ) Non

Si c'est le cas, décrivez : \_\_\_\_\_

**Appendice D**  
Journal de rêves prospectif (Lara-Carrasco, 2013)

## COMMENT REMPLIR LE JOURNAL DE RÊVES

### À LIRE ATTENTIVEMENT

Le journal de rêve est utilisé pour décrire, dès votre réveil, les rêves que vous avez eus. Veuillez lire attentivement les informations suivantes avant de commencer à le remplir.

Veuillez remplir ce journal à tous les matins pendant 14 jours consécutifs. La première tâche de ce journal consiste à **décrire votre ou vos rêve(s)** dans l'espace prévu à cet effet. La deuxième tâche consiste à noter les caractéristiques de vos **périodes de sommeil** durant les 24 dernières heures. Finalement, la dernière tâche consiste à remplir le **questionnaire sur votre ou vos rêve(s)**.

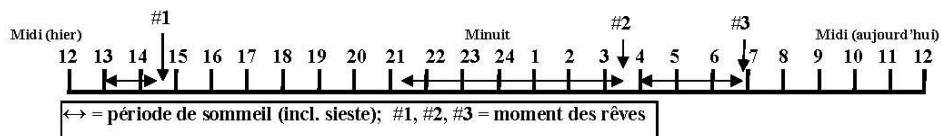
**1. Rapport de rêve (1 page) :** Chaque jour, DÈS VOTRE RÉVEIL, transcrivez votre expérience sur l'espace prévu à cet effet. Prenez le temps de compléter cette section LE PLUS TÔT POSSIBLE APRÈS VOTRE RÉVEIL, même si les souvenirs que vous avez sont flous. Si vous le faites plus tard, vous risquez d'oublier certains détails importants. Si vous avez besoin de plus d'espace pour rédiger votre texte, utilisez l'une des pages en extra à la fin du journal et assurez-vous de bien identifier la date au haut de la page.

\* Si vous ne vous souvenez d'aucune expérience, cochez l'item « Aucun rappel d'expérience » au haut de la page. Il est à noter que les rêves ne sont pas toujours intenses ou faciles à se rappeler et que parfois, ils peuvent être de simples expériences auditives, visuelles ou corporelles, ou même des pensées ou des émotions sans images. Essayez de vous rappeler si vous avez eu l'une de ces expériences avant de cocher « Aucun rappel d'expérience ».

\*\* Si vous vous souvenez de plusieurs expériences clairement distinctes, veuillez les numéroter (#1, 2, 3), si possible, selon leur ordre d'apparition durant le jour ou la nuit. Par la suite, répondez aux questions à propos de votre ou vos expérience(s). ÉCRIVEZ JUSQU'À UN MAXIMUM DE TROIS EXPÉRIENCES PAR PÉRIODE DE 24 HEURES.

**2. Horaire de sommeil :** Lorsque vous aurez terminé de transcrire votre ou vos rêve(s), veuillez remplir la section sur votre horaire de sommeil pour la période des 24 dernières heures, incluant les siestes. Un exemple est donné ci-dessous. Si vous n'avez aucun rappel de rêve, SVP répondez tout de même aux questions que vous pouvez.

Exemple:



**3. Questionnaire à propos de votre ou vos expérience(s) (1 page) :** Après avoir rempli l'horaire de sommeil, nous vous demandons de remplir le questionnaire au sujet de votre ou vos expérience(s) que vous avez eue(s) durant votre sommeil. Si vous ne vous souvenez d'aucune expérience, inscrivez quand même la date et répondez aux questions que vous pouvez.

Si les instructions ne sont pas claires ou si vous avez des questions à propos du journal de rêves, n'hésitez pas **à me contacter au** \_\_\_\_\_ **ou à contacter la coordonnatrice de notre laboratoire, Mme Tyna Paquette,•**

Lorsque vous aurez complété le journal (au bout de 14 jours), veuillez nous le retourner par la poste dans l'enveloppe préaffranchie que nous vous avons fournie à cet effet. Si jamais vous avez égaré l'enveloppe, veuillez nous en aviser et nous vous en ferons parvenir une nouvelle dans les plus brefs délais.

Merci de votre participation et n'hésitez surtout pas à nous contacter pour toute question au sujet de l'étude'

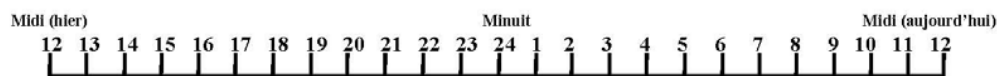
**Jessica Lara-Carrasco, M. Sc.**





Jour #1

Date d'aujourd'hui : \_\_\_\_\_

**2. Horaire de Sommeil** ↴**3. Questionnaire à propos de votre ou vos expérience(s)** ↴

1) En général, <b>comment avez-vous dormi</b> la nuit passée? :	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9 Très mal <span style="float:right">Très bien</span>
2) Combien de fois vous êtes-vous <b>réveillé(e)</b> durant la nuit? :	# de fois : _____
3) À quel point vous sentez-vous <b>reposé(e)</b> ce matin? :	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9 Pas du tout reposé(e) <span style="float:right">Très bien reposé(e)</span>
4) Quelle est votre <b>clarté de rappel</b> d'expérience(s) pour la nuit passée? :	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9 Pas du tout clair <span style="float:right">Très clair</span>
5) Pour chaque expérience décrite, précisez-en la <b>valence affective générale</b> (c.-à-d. l'expérience était-elle négative, neutre ou positive?) :	#1) 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9 Négative <span style="margin-left: 100px;">Neutre</span> <span style="float:right">Positive</span>
	#2) 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9 Négative <span style="margin-left: 100px;">Neutre</span> <span style="float:right">Positive</span>
	#3) 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9 Négative <span style="margin-left: 100px;">Neutre</span> <span style="float:right">Positive</span>
6) Pour chaque expérience décrite, précisez-en l' <b>intensité affective générale</b> (c.-à-d. à quel point l'expérience était-elle intense?) :	#1) 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9 Pas du tout intense <span style="margin-left: 100px;">Extrêmement intense</span>
	#2) 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9 Pas du tout intense <span style="margin-left: 100px;">Extrêmement intense</span>
	#3) 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9 Pas du tout intense <span style="margin-left: 100px;">Extrêmement intense</span>
7) Pour chaque expérience décrite, précisez-en l' <b>émotion principale</b> et son <b>intensité</b> . Choisissez une seule émotion parmi la liste suivante (voir le glossaire à la fin du document) :  <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 25%;">Aucune</div> <div style="width: 25%;">Envie</div> <div style="width: 25%;">Incertitude</div> <div style="width: 25%;">Résignation</div> <div style="width: 25%;">Admiration</div> <div style="width: 25%;">Espoir</div> <div style="width: 25%;">Intérêt</div> <div style="width: 25%;">Satisfaction</div> <div style="width: 25%;">Amour</div> <div style="width: 25%;">Fierté</div> <div style="width: 25%;">Joie</div> <div style="width: 25%;">Soulagement</div> <div style="width: 25%;">Colère</div> <div style="width: 25%;">Gratification</div> <div style="width: 25%;">Mépris</div> <div style="width: 25%;">Surprise</div> <div style="width: 25%;">Déception</div> <div style="width: 25%;">Haine</div> <div style="width: 25%;">Peur</div> <div style="width: 25%;">Tristesse</div> <div style="width: 25%;">Détermination</div> <div style="width: 25%;">Heureux pour</div> <div style="width: 25%;">Pitié</div> <div style="width: 25%;">Embarras</div> <div style="width: 25%;">Honte</div> <div style="width: 25%;">Reconnaissance</div> </div>	#1) Émotion principale : _____ 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9 Pas du tout intense <span style="float:right">Extrêmement intense</span>
	#2) Émotion principale : _____ 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9 Pas du tout intense <span style="float:right">Extrêmement intense</span>
	#3) Émotion principale : _____ 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9 Pas du tout intense <span style="float:right">Extrêmement intense</span>
8) Pour chaque expérience décrite, précisez le <b>niveau d'impact personnel</b> de l'expérience sur vous*  *Par <b>impact personnel</b> , nous voulons dire par exemple que vous sentez que votre rêve influence votre humeur ce matin. Il se peut aussi que vous ayez envie de partager le rêve avec une autre personne, que vous envisagiez d'agir sur certains aspects du rêve, etc.	#1) 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9 Pas d'impact du tout <span style="float:right">Beaucoup d'impact</span>
	#2) 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9 Pas d'impact du tout <span style="float:right">Beaucoup d'impact</span>
	#3) 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9 Pas d'impact du tout <span style="float:right">Beaucoup d'impact</span>
9) Pour chaque expérience décrite, précisez s'il s'agissait d'un <b>cauchemar</b> *  * Les <b>cauchemars</b> sont des rêves très déplaisants dont l'imagerie visuelle et/ou les émotions <b>vous réveillent</b> (c.-à-d. que le contenu déplaisant de votre rêve vous a réveillé alors que le rêve était en train de se dérouler).	#1) Oui / Non #2) Oui / Non #3) Oui / Non
10) Pour chaque expérience décrite, précisez s'il s'agissait d'un <b>mauvais rêve</b> *  * Les <b>mauvais rêves</b> sont des rêves très déplaisants qui <b>ne vous réveillent pas</b> (c.-à-d. que vous avez l'impression que le rêve s'est déroulé plus tôt dans la nuit, mais vous vous en rappelez uniquement après avoir été réveillé(e) par un facteur externe, comme un cadran, ou encore vous ne vous rappelez du rêve que plus tard dans la journée).	#1) Oui / Non #2) Oui / Non #3) Oui / Non